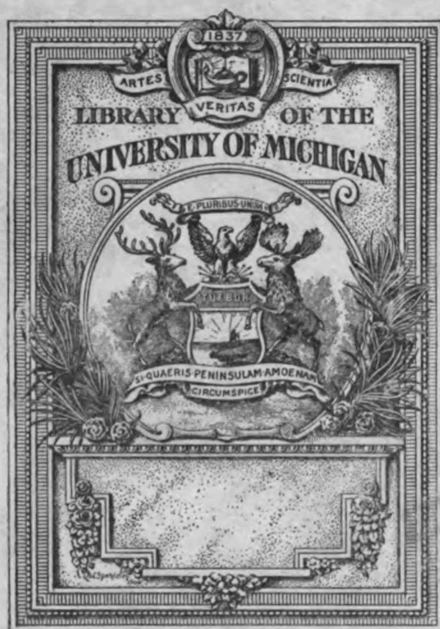

1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **J. Donelan** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **A. Rosenberg** (Berlin), **S. Salzburg** (Dresden), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1910.)

Berlin 1910.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

Seite

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Januar. 1910. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1908.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	61	221	112	30	117	25	30	596
Deutschland	40	132	71	14	110	10	19	396
Frankreich	12	61	53	14	61	21	19	241
Grossbritannien und Colonien	9	58	50	8	76	8	12	221
Ungarn	6	38	22	4	40	4	7	121
Oesterreich	5	28	20	5	41	6	7	112
Italien	4	10	21	3	31	5	3	77
Holland	5	22	12	2	22	2	2	67
Belgien	5	24	13	3	16	2	3	66
Spanien	2	13	12	3	18	2	4	54
Polen	2	10	8	4	16	3	2	45
Dänemark, Norwegen	4	9	9	2	15	1	4	44
Russland	2	8	9	3	8	2	1	33
Schweden	3	10	4	—	8	2	2	29
Schweiz	2	6	3	1	6	—	1	19
Zusammen	162	650	419	96	585	93	116	2121

Die Production ist gegen das Vorjahr wieder um ein geringes gestiegen. Zu sonstigen Bemerkungen giebt die Statistik keinen Anlass.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) Rontaler. **Aerztlicher Bericht über die im Ambulatorium für Ohren-, Nasen-Rachen- und Kehlkopfkrankheiten beim Evangelischen Hospital beobachteten Fälle. (Sprawordanie z ruchu chorych na uszy, nos, gardlo i krtan w Ambulatoryum mojem w Spitalu Ewangieliekim w Warszawie.)** *Przeglad Lekarskie. No. 7. 1909.*

Verf. giebt in seinem $1^1/_2$ Jahre umfassenden Bericht die Zahl der Kranken auf 10526, Art der Krankheiten, die Zahl und Art der ausgeführten Operationen. Einige der interessanteren Fälle werden genauer beschrieben. A. v. SOKOLOWSKI.

2) **Preysing** (Cöln a. Rh.). **Einige Beispiele von diagnostischen Irrthümern und von selteneren Tumoren.** *Med. Klinik. 46. 1909.*

Unter den uns interessirenden Fällen sind drei, deren Mittheilung im Auszug hier zu erfolgen hat. In dem ersten Fall war nicht nur vom erst behandelnden Arzt, sondern auch von Preysing selbst die Diagnose: tuberculöse Perichondritis und Abscedirung des Thyreoidknorpels gestellt worden. Tracheotomie, Spaltung des Abscesses, Ausräumung. Die Untersuchung der ausgeräumten Massen ergab Carcinom. Der zweite Fall (25jähr. Mann) war Jahre lang an Schwindsucht behandelt worden, welche sich in regelmässigem Bluthusten äusserte. Tracheoskopie ergab einen höckerigen Tumor an der Vorderwand der Trachea. Die Untersuchung eines ausgehusteten Gewebsstückes von der Grösse einer Haselnuss ergab ein Angiofibrom. Nach 3 Jahren hatte sich an der betr. Stelle der Trachea ein bösartiges Endotheliom entwickelt. Im dritten Fall (50jähr. Mann) handelte es sich um eine an und für sich in der Nase seltene Geschwulstform, ein Hydronephrom, das zunächst lange Zeit klinisch die Rolle eines primären Tumors spielte und $2^1/_2$ Jahre lang die einzige klinisch nachzuweisende Metastase des später erscheinenden Bauchtumors war. SEIFERT.

3) **J. E. Rhodes. Ergänzender Bericht zu einem Fall von Xanthom. (Supplementary report of a case of xanthoma.)** *Chicago Medical Recorder. 15. Mai 1908.*

Weitere Mitteilungen über einen früher (cfr. Centralblatt 1907, S. 67) berichteten Fall des Verfs., den ersten bisher bekannten. Pat. hat zwei Jahre lang die Tracheotomiecanüle getragen. Die Schwellung im Larynx ist während dieser Zeit ungefähr um die Hälfte zurückgegangen und Verf. glaubt, dass die Affection schliesslich in Heilung übergehen wird. EMIL MAYER.

4) **Charles R. C. Borden. Ohr- und Nasencomplicationen bei Schädelfracturen. (Otologic and rhinologic complications of skull fracture.)** *Journal American Medical Association. 7. August 1909.*

Verf. bringt eine Statistik, die eine grosse Anzahl von Fällen umfasst, für den Rhinologen aber nichts von Bedeutung enthält. EMIL MAYER.

5) **Georg Cohn** (Königsberg i. Pr.). **Descendirende Stenosenbildung der Luftwege auf Grund von Lues hereditaria tarda.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. S. 490. 1909.*

Ausführliche Beschreibung eines eigenen Falles und Zusammenstellung der bisherigen Literatur. Der von C. beobachtete Fall bot besondere Abweichungen von der üblichen Form, da es sich um hereditäre Lues handelt und der Sitz der Stenose die obere Region der Trachea betrifft. Durch verschiedene im Rachen befindliche Veränderungen stellten sich der Untersuchung recht erhebliche Schwierigkeiten in den Weg. Zur Diagnosenstellung und Therapie wurde die Killian-sche Röhre verwendet. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Heryng. Syphilis des Rachens und des Larynx. (Sifilis sowa i gortani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7, p. 293. 1908.*

Hering behandelt das Thema etwas summarisch, und beschränkt sich dabei hauptsächlich auf die klinischen Erscheinungen. Die Ueberschrift verspricht mehr.

P. HELLAT.

7) **Ciro Caldera** (Turin). **Wichtigkeit der Wassermann'schen Probe für die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen der Nase, des Halses und Ohres. (Impertanza della prova del Wassermann per la diagnosi delle lesioni sifilitiche del naso, della gola e dell'orecchio.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. No. V. 1909.*

Nachdem er die von ihm angewandte Technik geschildert hat, berichtet Verf. ausführlich über 2 Fälle, in denen der positive Ausfall der Wassermann'schen Probe auf die richtige Diagnose führte. In einer tabellarischen Uebersicht führt er die übrigen Fälle auf, bei denen die Probe angestellt wurde. Verf. plaidirt für die weiteste Anwendung der Wassermann'schen Probe in der Oto-Rhino-Laryngologie. FINDER.

8) **Clifton M. Miller. Tertiäre Syphilis der Nase und des Rachens. (Tertiary syphilis of the nose and pharynx.)** *American Journal of Dermatology. August 1909.*

Nach Erfahrung des Verfs. soll häufiger als am knorpligen Septum eine Schwellung der unterer Muschel als Zeichen der tertiären Lues vorhanden sein, die sich von der Rhinitis hyperplastica durch ihre grössere Härte unterscheidet. Verf. schildert dann die destructiven Processe in Nase und Rachen und ihre Folgen.

EMIL MAYER.

9) **W. N. Robinson. Syphilis des Ohres, der Nase und des Halses. (Syphilis of the ear, nose and throat.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1909.*

Verf. beschreibt die Manifestationen der Syphilis in den verschiedenen Stadien und bespricht die differentialdiagnostischen Momente. Ausser der Allgemeinbehandlung empfiehlt er lokal dünne Argentumlösung. A. J. BRADY.

10) **Nieddu. Untersuchungen auf Spirochaeta pallida für die ätiologische Diagnose der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Ricercho del treponoma pallidum per la diagnosi eziologica delle malattie oto-rino-laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. No. I und III. 1909.*

Für die Oto-Rhino-Laryngologie hat der Nachweis der Spirochaeta pallida besonderen Werth für die klinisch oft nicht erkennbaren Primäraffecte, weniger für die Secundärerscheinungen und bisher gar nicht für die Tertiärerscheinungen. Für die letzteren ist jedoch zu bemerken, dass, bevor man sich entscheidet, die Untersuchungen in sehr weitem Umfang angestellt werden und die Spirochäten in den tiefer gelegenen Theilen der Gewebe gesucht werden müssen. FINDER.

11) **Robert Levy. Vaccinetherapie in Otologie und Rhino-Laryngologie. (Vaccine therapy in Otology and Rhinolaryngology.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1909.*

Verf. kommt zu dem Ergebnisse, dass über den Werth der bakteriellen Therapie ein definitives Urtheil noch nicht möglich ist, dass aber der klinischen Beobachtung mehr Werth zukomme, als der Laboratoriumsarbeit. EMIL MAYER.

12) **Frederick F. C. Lemarest. Chloroform, das Narkoticum für Halsoperationen. (Chloroform the Anaesthetic in throat operations.)** *Journal of the Medical Society of New Yersey. August 1909.*

Bei sachverständiger Anwendung ist nach Ansicht des Verfs. das Chloroform für Hals- und Nasenoperationen dem Aether überlegen. EMIL MAYER.

13) **Dobrowolski. Alypin, ein Mittel zu localer Anästhesie. (Alypina, srodek do miejocowego zuieczulenia.)** *Medycyna. No. 34. 1909.*

Verf. hat in seiner operativen rhinologischen Praxis Alypin in einer 5 bis 20proc. Lösung mit gutem Erfolge angewandt (Nasenpolypen, Paracentesis cordae tympani, Tonsillotomie). Besonders günstig wirkt Alypin bei Abtragen von vergrösserten Nasenmuscheln, da das genannte Mittel im Vergleich zum Cocain keine zu grosse Zusammenziehung der hypertrophischen Muschel verursacht. Zu den nachtheiligen Seiten des Alypins rechnet Verf. eine allzu schwache und allzu langsam erfolgende Anästhesie. A. v. SOKOLOWSKI.

14) **Burak. Zur Frage der physiologischen Eigenschaften des Nebennierenextracts (Adrenalins, Suprarenins) in Verbindung mit seiner Bedeutung für die practische Medicin, besonders für die Laryngo-Rhinologie. (K woprosu o fisiolog. seroistwach nadpotschetsch. ekstrakta [adren., supraren.] w swyasi s ewo snatscheniem dlja praktisch. medizini, preimuschtschest. w oblasti vapungo-rinologie.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. p. 254. 1908.*

B. fand, dass die Wirkung der Nebennierenpräparate am deutlichsten zu Tage tritt bei directer Anwendung auf die Schleimhaut. P. HELLAT.

15) **L. M. Chesney. Anwendung von Thionin und Radium bei einigen Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. (Use of Thionin and Radium in some diseases of the pharynx and larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Bei nicht tuberculöser Laryngitis haben Inhalationen mit Thionin sich von

Nutzen erwiesen; sie haben auch den Vortheil, dass die Patienten sie zu Hause gebrauchen können. Während das Mittel auf die Lungenphthisis keinen Einfluss hatte, schien ein solcher in manchen Fällen auf die localen Veränderungen im Larynx constatirbar. Mit Radium hat Verf. keine günstigen Erfahrungen gemacht.

LEFFERTS.

16) **Isaac C. Soule. Hochfrequente und hochwerthige Ströme bei Hals- und Nasenkrankheiten. (High frequency, high potential currents in diseases of the nose and throat.)** *The Journal of Advanced Therapeutics. Juni 1909.*

Mittels Anwendung geeigneter Elektroden hat Verf. behandelt: Acute und chronische, sowie atrophische Rhinitis, acute Tonsillitis und acute Laryngitis.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **P. J. Mink** (Deventer, Holland). **Die nasalen Lufträume.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 215. 1908.*

Durch eingehende physiologische Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Nebenhöhlen der Nase die Hauptrichtung des Inspirationsstroms nicht ändern und als Hilfsapparate für das Riechen aufzufassen sind. Die Inspirationskraft sowohl wie die Eingangsöffnung zielen darauf hin, dass die eingeathmete Luft ihren Weg durch die Fissura olfactoria wähle. Die physiologische Bedeutung des Schwellgewebes der Nase wird darin gesucht, dass es mithilft, die Menge Luft, die in der Zeiteinheit ausgeathmet wird bei Verschiedenheit der Athemgrösse, im Allgemeinen gleich zu halten.

WILELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

18) **Chas. F. Burrous, Beverley Robinson, W. Pyre Porcher u. A. Die Behandlung des acuten Schnupfens. (The treatment of acute coryza.)** *N. Y. Medical Journal. 31. October, 7. November, 14. November, 21. November 1908.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

19) **Wolfgang Schultz** (Porto Alegre). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens der Säuglinge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1909.*

Sch. empfiehlt die Aussaugung der Nase vermittels eines an dem Bier'schen Sauggummiball anzubringenden Ansatzes.

(Diese Therapie ist bereits längst in Verwendung und vor Jahren durch Escat's „Mouche bébé“ auch zum häuslichen Gebrauch empfohlen. Ref.)

HECHT.

20) **P. Cornet. Bright'scher Nasenkatarrh. (Coryza brithique.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Oberflächliche Mittheilung von vier Fällen, bei denen ohne jede locale Behandlung die Zeichen einer chronischen Rhinitis, die sich namentlich durch Ab- und Anschwellen der Schleimhaut charakterisirt hat, verschwanden durch Einleitung einer entsprechenden, gegen die jedesmalige bestehende Bright'sche Krankheit gerichtete Diät. Der Bright'sche Nasenkatarrh ist nach dem Autor

eine spastische Rhinitis mit milden Symptomen. Die Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut und die Rhinorrhoe fehlen. Diese Rhinitis ist ein Frühsymptom der Bright'schen Krankheit und erscheint zu einer Periode, wo die anderen wie die Nierensymptome noch fehlen, namentlich die Oedeme. LAUTMANN.

21) **E. Le Cousse. Die Rhinitis hypertrophica; ihre Behandlung. (Le coryza hypertrophique; son traitement.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Verf., der auf der Klinik von Moure arbeitete, empfiehlt zur Behandlung der Rhinitis hypertrophica neben der kalten Schlinge die Zangen von Martin, Mahu, Laurens und vor Allem das Conchontom von Moure; die Instrumente der zwei letzteren Autoren werden abgebildet.

Die Tamponade wird weggelassen, die blutende Fläche dagegen am Schluss der Operation leicht kauterisirt. In einer und derselben Sitzung soll nur die eine Nasenhälfte operirt werden.

Bei Gebrauch der Scheeren ist nach Ansicht des Verf.'s die Blutung stärker und die Schwierigkeit grösser, von der Muschel gerade so viel wegzunehmen, als nöthig ist. OPPIKOFER.

22) **A. Bucklin. Hypertrophischer Nasenkatarrh und Complicationen. (Hypertrophied nasal catarrh and complications.)** *Archivs of Otology. August 1907.*

Verf. rühmt sich, als erster die Nasensäge angewandt und auf diese Weise 31181 (!) Fälle operirt zu haben. EMIL MAYER.

23) **H. V. Würdemann. Submucöse Turbinectomie. (Submucous Turbinectomy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Mit einem geeigneten Messer wird die Schleimhaut längs der ganzen Länge der Muschel incidirt, mittels Freer'schen Elevatoriums die Schleimhaut oberhalb der Incision abgelöst und der Lappen nach oben geklappt; dann wird der Knochen mit Säge oder Scheere entfernt und der Schleimhautlappen wieder nach unten geklappt. Durch einen Tampon wird der Lappen angedrückt und in seiner Lage festgehalten, am nächsten Tage wird er entfernt und die Nase mit einer alkalischen Lösung ausgespült, was einige Tage wiederholt wird. EMIL MAYER.

24) **A. G. Watson. Conservative Turbinectomie. (Conservative Turbinectomy.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Die Methode Yankauer's, nach Entfernung eines V-förmigen Stücks eine primäre Vereinigung durch Naht zu erzielen, ist schwierig und erfordert ein complicirtes Instrumentarium, sowie mehr als durchschnittliche Geschicklichkeit und sehr viel Zeit. Verf. beschreibt ein von ihm angewandtes Instrument, das aus einer Röhre besteht, in der sich ein Schlitz befindet. In diesen Schlitz wird das vordere Ende der Muschel eingezwängt und eine zweite scharfe in die erste genau passende Röhre, die also eigentlich eine Art Messer ist, wird in die erste eingeführt und schneidet alles vorstehende Gewebe ab. EMIL MAYER.

25) **Thomas R. Packard. Pathologische Resultate von Muscheloperationen. (Pathologic results of operations on the turbinates.)** *Journal American Medical Association. 23. Mai 1908.*

Ein Patient konnte am Tage nachdem ihm mit der Schlinge ein kleines Stück

vom vorderen Ende der linken mittleren Muschel entfernt worden war, auf dem linken Auge nicht sehen. Er ging zum Augenarzt und während er dort im Vorzimmer wartete, begann das Sehvermögen allmählich zurückzukehren und war, bevor noch die Untersuchung beendet war, wiederhergestellt. Die linksseitige Blindheit hatte 20—30 Minuten gedauert. Der Augenarzt hatte nichts Pathologisches finden können; auch die Untersuchung der Nase ergab nichts Besonderes. In der Folge wurde die Schlinge bei demselben Patienten ohne weitere Folgen angewandt. Es handelte sich nach Ansicht des Verf.'s um eine Reflexamaurose in Folge des intranasalen Eingriffs.

EMIL MAYER.

26) **G. Slavtcheff. Beitrag zur Aetiologie und Bakteriologie der Ozaena. (Contribution à l'étiologie et à la bactériologie de l'ozène.)** *Dissert. Toulouse 1907.*

In der unter der Leitung von Escat erschienenen Dissertation bespricht S. alle die verschiedenen Theorien der Ozaena. Verf. ist der Ansicht, dass die Ozaena bakteriellen Ursprungs sei; er stützt sich in seinen Anschauungen wesentlich auf die Arbeiten von Perez.

Unter 22 bakteriologisch untersuchten Ozaenafällen fand S. den Bacillus von Perez 6 mal. Ob wirklich durch intravenöse Injection der Culturen des Perezschen Bacillus sich bei Kaninchen eine Atrophie des Naseninnern experimentell erzeugen lässt, hat S. leider nicht nachgeprüft.

OPPIKOFER.

27) **S. H. Large. Atrophische Rhinitis. (Atrophic Rhinitis.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Verf. empfiehlt submucöse Paraffininjectionen (1 Theil Olivenöl, 3 Theile Paraffin); die Injectionen werden in das vordere Ende der unteren Muschel gemacht. Unter 14 so behandelten Fällen war bei 8 eine Verminderung ihrer Beschwerden zu constatiren, bei 4 eine sehr erhebliche Besserung, nur zwei blieben unbeeinflusst. Verf. ist der Ansicht, dass manche Beschwerden, vor Allem der störende Husten, durch diese Behandlung gebessert werden können.

EMIL MAYER.

28) **T. Halinger. Ozaena, keine terra incognita. (Ozena, no terra incognita.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Verf. führt die Ozaena auf die Weite der Nasenhöhlen zurück.

EMIL MAYER.

29) **Maximilian Steiner** (Budapest). **Zur Weiterentwickelung der Lehre von der Ozaena.** (Aus der rhino-laryngologischen Abtheilung des St. Rochusspitals.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 282. 1908.*

Statistische Angaben der verschiedenen Symptome bei 34 Ozaenafällen.

Verf. hält es nicht für berechtigt, eine scharfe Grenze zwischen sogenannter genuiner Ozaena und syphilitischer Ozaena zu ziehen.

Er unterscheidet folgende Arten der mit Schleimhautatrophie einhergehenden fötiden Krustenbildung:

1. Die Fränkel'sche Form, wahrscheinlich auf congenitaler Grundlage.

2. Die rein mechanische, durch Druck und Erweiterung verursachte.

3. Die Grünwald'sche Form, in Folge Nebenhöhlenempyemen event. anderen chronischen suppurativen Processen (adenoide Vegetationen, Bursa pharyngea).

4. Letzeren reiht sich die durch luetische Knochenerkrankungen erzeugte Art an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **Castex. Fernwirkungen bei Ozaena. (Infections à distance chez les ozéneux.)** *Journal des Praticiens. 31. Juli 1909.*

Verf. macht auf die hartnäckigen Dyspepsien aufmerksam, die nach Paraffininjectionen verschwinden, auf Lungentuberculose, Melancholie, geistige Apathie etc.

GONTIER de la ROCHE.

31) **Lavrand. Pathogenie und Behandlung der Ozaena. (Pathogénie et traitement de l'ozène.)** *Revue hebd. No. 29. 1909.*

Die Ozaena ist in allen Fällen Lavrand's bedingt gewesen durch eine Sinusitis des Siebbeinlabyrinths mit Nekrose. Bei einseitiger Ozaena ist die Nekrose auch nur einseitig. In der Dissertationsarbeit seines Schülers Gillot (Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène. Thèse de Lille. 1909) ist diese Sinustheorie gründlich ausgearbeitet.

LAUTMANN.

32) **Schoenemann. Neue Beiträge zur Pathologie und Behandlung der Ozaena. (Nouvelles contributions à la pathogénie et au traitement de l'ozène.)** *Arch. Intern. de laryng. Tome XXVIII. No. 4.*

Abdruck des auf dem deutschen Laryngologentage 1909 gehaltenen Vortrages. Ozaena ist mit Eczem der Haut vergesellschaftet, doch ist das nicht gesetzmässig. Grosse Arsenikdosen beeinflussen die Ozaena günstig. Irrthümlich hat Sch. in 2 Fällen bei Ozaenakranken die Kieferhöhle eröffnet und bedeutende Besserung danach erlebt. Vielleicht sollte man versuchen bei den Ozaenakranken systematisch die Kieferhöhle zu eröffnen, auch wenn sie nicht krank ist?

LAUTMANN.

33) **Masip** (Barcelona). **Die Injectionen von festem Paraffin bei Ozaena. (Las inyecciones de parafina solida en el ozena.)** *Revista de ciencias médicas de Barcelona. November 1908.*

Verf. zieht das flüssige Paraffin für die Behandlung der Ozaena vor, da er der Hitze eine wichtige Einwirkung auf die Schleimhaut zuschreibt.

TAPIA.

34) **P. Gallet. Paraffineinspritzungen bei atrophischer Rhinitis. (Prothèse par la paraffine dans les Rhinites atrophiques.)** *Dissert. Lyon 1907.*

Empfehlung der Paraffineinspritzungen, Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur und Mittheilung einiger Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

35) **Lavrand** (Lille). **Pathogenie und Behandlung der Ozaena. (Pathogénie et traitement de l'ozène.)** *Journal des Sciences médicales de Lille. Juni 1909.*

Verf. hat in einer grossen Zahl der Fälle Osteitis des Siebbeins feststellen können ohne Erkrankung der zugänglichen Sinus. Die Curettage der von der Osteitis betroffenen Region hat ihm gute Resultate gegeben. Diese nekrotisirende

Osteitis ist eine besondere Form, von unbekanntem Ursprung und Folge einer Neuritis der trophischen Nerven in der Umgebung.

GONTIER de la ROCHE.

36) **M. Goldzieher** und **E. Neuber** (Budapest). **Untersuchungen über Rhinosklerom.** *Orvosi Hetilap. No. 27, 28. 1909.*

Verff. haben sich im Verlaufe ihrer mikroskopischen Untersuchungen über die charakteristischen Zellen des scleromatösen Gewebes von der Richtigkeit der Schridde'schen Mittheilungen überzeugt. Besonders die Mikulicz'schen Zellen betreffend haben sie in grosser Zahl Uebergangszellen gefunden, welche die Herkunft dieser Zellen von den Plasmazellen beweisen. Die elastischen Fasern sind an den callösen Stellen vermehrt. Impfversuche mit Sclerombacillen-Culturen an verschiedenen Thieren blieben erfolglos. Die serologischen Versuche ergaben folgende Resultate:

1. Zur Differenzirung des Bact. Friedländer und scleromatis eignet sich sehr und ist leicht ausführbar die Complementfixation.

2. Bacillus rhinoscleromatis Frisch ist biologisch verschieden vom Bacillus pneumoniae Friedländer.

3. In dem Blutserum von Scleromkranken sind gegen den Sclerombacillus in nachweisbarer Quantität Antistoffe vorhanden und mit ihnen lässt sich als specifische Reaction des Sclerombacillus Complementfixation erzielen.

4. Diese Antikörper geben mit dem Bac. Friedländer keine Complementfixation.

5. Im Sinne der in den Punkten 3 und 4 enthaltenen Beobachtungen ist die ätiologische Rolle des Sclerombacillus bei der Entstehung des Scleroms bewiesen und die Annahme, dass der Sclerombacillus nur ein unschuldiger saprophytischer Bewohner der Nasenschleimhaut ist, wird hinfällig.

v. NARVATIL-POLYAK.

37) **Eduard L. Kennyon. Bericht über einen Fall von Rhinosklerom. (Report of a case of rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Detaillirter Bericht über den Fall. Röntgenbehandlung schien einen günstigen Einfluss zu haben. Der Hauptsitz der Erkrankung war im Nasenrachen; auch bestand etwas Stenose des Kehlkopfs.

EMIL MAYER.

38) **Rydygier. Weitere Erfahrungen zur Therapie des Rhinoskleroms mittelst Röntgenstrahlen. (Doswiadczenia nad leczeniem twardzieli gardla i nosa za pomoca promieni Rentgena.)** *Gazeta Lekarska. No. 3. 1909.*

Nachdem Verf. die im Ganzen ungünstigen Erfahrungen der Scleromtherapie geschildert hat, beschreibt er genau 14 in der Lemberger Klinik beobachtete und mittelst Röntgenstrahlen behandelte Fälle, bei welchen nach Ansicht des Verfs. enorme Besserungen erzielt worden sind, was nach seiner Ansicht ein Ansporn zur weiteren und intensiven Arbeit in dieser Hinsicht sein sollte. Besonders lehrreich sind 2 vom Verf. beschriebene Fälle. Beim ersten, wo es sich um ein Nasensclerom mit vollständiger Verstopfung der Nase infolge von scleromatischer Wucherung handelte, besserte sich nach 16 Röntgensitzungen von 2 Minuten Dauer der Zu-

stand derartig, dass die Nasenathmung vollständig frei wurde und das rhinoskopische Bild fast ganz normalen Zustand zeigte. Beim zweiten Falle handelte es sich um Scleroma laryngis mit ganz bedeutender Stenose, die zur Tracheotomie Veranlassung gab. Die beiden Stimmbänder waren stark geschwollen, wie auch die unterhalb derselben liegende Schleimhaut. Die Therapie dauerte 7 Monate; das Resultat war derartig, dass die Stimme, die früher ganz heiser war, allmählich in den Normalstand zurückkehrte und das Athmen sich so gebessert hat, dass die Canüle entfernt werden konnte.

A. v. SOKOLOWSKI.

39) **L. Clerc. Das Rhinosklerom und seine Behandlung. (Il rinoscleroma e la sua cura.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. No. 9. 1909.*

Es handelte sich um einen 35jähr. Mann aus Brescia. Die Veränderungen sassen an der äusseren Nase und Oberlippe, sowie im Naseninnern, dagegen waren Pharynx und Larynx frei. Verf. hat sich der monopolaren Elektrolyse bedient, die 45 Tage lang — Vormittags in der einen, Nachmittags in der andern Nasenhöhle — angewandt wurde. Pat. befindet sich seit 2 Monaten gut.

FINDER.

40) **Richard H. Johnston. Gutartige Tumoren der Muscheln. (Benign tumors of the turbinated bodies.)** *Journal American Medical Association. 24. Juli 1909.*

Sieht man von Polypen ab, so sind gutartige Tumoren der Muscheln selten. Es ist bisweilen kaum möglich, aus den klinischen Erscheinungen zu sehen, ob es sich um bösartige oder gutartige Geschwülste handelt; es muss in jedem Fall das Mikroskop zu Rathe gezogen werden.

EMIL MAYER.

41) **Lannois. Knötchenbildungen in den Drüsen der Nasenpolypen. (Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes muqueux du nez.)** *Revue hebd. de Laryngologie. No. 42. 1909.*

In 3 Fällen von Nasenpolypen fand Lannois kleine sphärische harte Concretionen von weisser Farbe, Krebsaugen vergleichbar. Kurze histologische Studie der Nasenpolypen mit Rücksicht auf Drüsenbildung. Eine Untersuchung der Concretionen fehlt.

LAUTMANN.

42) **Martin** (Barcelona). **Keuchhustenartiger Husten infolge eines Nasenpolypen. (Tos coqueluchoide debida á un polipo nasal.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades del oido. Januar-März 1908.*

Bericht über einen Fall.

TAPIA.

43) **Lennhoff** (Berlin). **Modification des Polypenschnürers.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

An dem bekannten Polypenschnürer von Krause bringt der Verf. unterhalb der Durchbohrung für den Schlingendraht eine kleine Platte an, die sich an die Drahtschlinge anlegt und sie immer in derselben Ebene einstellt. Auf dem Schlingenführer sind ausserdem Theilstriche angebracht, um bei Benutzung abgepasster Schlingen auch ausserhalb der Nase am Griffe controliren zu können, wie weit die Schlinge zugezogen ist.

ALBANUS (ZARNIKO).

44) **Delie. Angiomatöses Fibromyxom bei einem 60 jährigen Manne. (Fibromyxome angiomateux chez un homme de 60 ans.)** *Archives internat. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Der Tumor blutete bei der leisesten Berührung. Eine Operation unter Chloroformnarkose wollte Patient nicht zulassen. Um die Operation per vias naturales ausführen zu können, injicirte Delie in den Tumor wiederholt eine 6proc. H_2O_2-Lösung, die auf 1g je 2 Tropfen einer 1prom. Adrenalinlösung enthielt. Ein Theil des Tumors gangränirte, die intranasale Exerese gelang fast ohne die geringste Blutung.

LAUTMANN.

45) **F. Auerbach** (Detmold), **Adenome der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 67. 1908.*

Krankenbeschreibung und Histologie dreier selbst beobachteter Fälle.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

46) **Federico Brunetti. Beitrag zum Studium der Gefässtumoren der Nasenhöhle. (Contributo allo studio dei tumori vascolari delle fosse nasali.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoitrica di Roma. 1909.*

Nach einer kritisch-literarischen Einleitung beschreibt Verf. ein „Fibroangiom mit einer Zone myxomatöser Degeneration an der Peripherie" bei einer 43jährigen Frau. DerTumor ging von der unteren Muschel aus und erstreckte sich nach hinten bis zur Choane. Operation von aussen mit gutem Erfolge.

FINDER.

47) **J. Wishart. Maligne Nasenerkrankungen. (Malignant diseases of the nose.)** *The Canada Lancet. August 1909.*

Verf. berichtet über 7 Fälle. Bei Sarkomen sind die Anwendung des Coley-schen Serums und die Radicaloperation die einzigen möglichen Methoden. Er hat weder von der einen, noch von der anderen ausgesprochenen Erfolg gesehen.

EMIL MAYER.

48) **Edgar M. Holmes. Maligne Nasenerkrankung. (Malignant disease of the nose.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Aus den mitgetheilten Fällen geht hervor, wie ausgesprochen bei den malignen Nasenerkrankungen die Tendenz ist, rasch Fortschritte zu machen, in das Siebbein resp. Keilbein einzudringen und zu zerfallen.

Sehr oft kommt es vor, dass Tumoren, die klinisch den Eindruck der Malignität machen, von den Pathologen für gutartig erklärt werden. EMIL MAYER.

49) **Gaetano Paludetti. Sarkome der Nasenhöhlen und ihre chirurgische Behandlung. (Sarcomi delle fosse nasali e loro trattamento chirurgico.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1909.*

Nach einer sehr ausführlichen Schilderung des klinischen Bildes, Verlaufs etc. der Nasensarkome berichtet Verf. über fünf von Ferresi operirte Fälle, darunter über einen — recidivirendes Sarkom des Septum — sehr eingehend. Es wurde die Moure'sche Methode befolgt Verf. schildert deren Vorzüge und erörtert die Indicationen und Contraindicationen der Operation. FINDER.

50) **Alfred Denker** (Erlangen). **Die operative Behandlung der malignen Tumoren in der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 1. 1908.*

Verf. hat vor 2 Jahren ein Verfahren publicirt, bei dem nach subperiostaler Freilegung der Skelettheile die ganze faciale und mediale Kieferhöhlenwand, sowie ein Theil des Nasenbeins und des Processus nasalis des Oberkiefers dauernd resecirt wird (siehe Archiv für Laryng. Bd. XVII, Heft 2).

Nach Mittheilung eigener und fremder Erfahrungen, fasst Verf. die Vorzüge seines Verfahrens in folgen Sätzen zusammen:

1. Unsere Methode gestattet in gleicher Weise wie die angegebenen nasalen, facialen und die übrigen Verfahren die breite und übersichtliche Freilegung des Ursprungs- und Ausbreitungsgebietes der Geschwulst in der Nase und ihren Nebenhöhlen; sie erfüllt demnach die Hauptforderung, die bei der Exstirpation maligner Tumoren grundsätzlich gestellt werden muss.

2. Eine Continuitätstrennung der äusseren Haut wie bei allen nasalen und facialen Methoden findet nicht statt; da auch durch die Fortnahme der Skelettheile durchaus keine Entstellung des Gesichts bewirkt wird, so ist das kosmetische Resultat ein geradezu ideales.

3. Das Herunterfliessen grösserer Blutmengen lässt sich bei unserem Verfahren fast sicher vermeiden; es ist dies besonders den sehr blutigen oralen Methoden von Chalot, Partsch und Kocher gegenüber zu betonen, die im übrigen in kosmetischer Beziehung auch gute Resultate geben. In Folge der bei unserem Eingriff viel geringeren Gefahr der Respirationspneumonie kann die prophylactische Unterbindung der Carotis und die Präventivtracheotomie in Wegfall kommen; die durch die Operation an sich bedingte Mortalität dürfte eine sehr geringe sein.

4. Die Nachbehandlung ist ausserordentlich einfach; der Heilungsverlauf in der Regel glatt; gewöhnlich können die Patienten 10—14 Tage nach der Operation aus der klinischen Behandlung entlassen werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **Ernst Gerst** (Nürnberg). **Zur Kenntniss der Erscheinungsformen der Nasentuberculose.** (Aus der Abtheilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke am Allerheiligen-Hospital zu Breslau, Prof. Dr. Brieger.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 309. 1908.*

Im Verlauf der Untersuchungen hat sich ergeben, dass zwischen dem klinisch normalen Verhalten der Schleimhaut und der in der Form der Tumorbildung sich manifestirenden Proliferation tuberculösen Gewebes ein Stadium der tuberculösen „Infiltration“ der Nasenschleimhaut bestehen kann, welches in dieser Form lange sich erhalten kann und selbst Jahre hindurch über diese klinische Latenz nicht hinauszukommen braucht. Diese „infiltrativen“ Formen sind keineswegs seltene Ausnahmen. Klinisch-rhinoskopisch erlangt man durch die Anämisirung und den Nachweis verminderter Resistenz der Schleimhaut gegen leichten Sondendruck relativ häufig einen Hinweis auf die richtige Diagnose. Sicher wird sie allerdings in jedem Falle erst durch Probeexcision und histologischen Nachweis.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **Chavanne. Tuberculöse Tumoren der Nasenhöhlen.** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 8. Tome XXXV.*

Patientin, 60jährig, klagt über rechtsseitige Nasenverstopfung seit $1^1/_2$ Jahren. Seit 6 Monaten ist die linke Nasenseite ebenfalls verstopft. Aeusserlich ist die Nase und Gesichtshaut normal, keine Zeichen von Lupus. Auf der knorpeligen Nasenscheidewand findet sich ein röthlicher Tumor von Haselnussgrösse, von elastischer Consistenz, mit leicht höckeriger Oberfläche, leicht blutend bei Berührung. Links sitzt ein ähnlicher Tumor ebenfalls auf der knorpeligen Nasenscheidewand, doch ist seine Farbe perlmutterartig und blutet er leicht auf Berührung. Sonst nichts Pathologisches an der Nase (keine Lupusknötchen, keine Ozaena, keine Geschwüre), desgleichen ist der Nasenrachenraum normal. Galvanokaustische Abtragung. Histologische Untersuchung ergiebt, dass es sich um eine Tuberculose handelt (Ansammlung von epitheloiden Zellen und vielfachen Riesenzellen, vielfach neue Gefässe; kein käsiger Zerfall, keine Bacillen). — Die Patientin hat noch andere tuberculöse Antecedentien.

LAUTMANN.

53) **A. Avsarkissoff. Pathologisch-anatomische Studien zur Genese der Coryza syphilitica.** *Dissert. Berlin 1908.*

Das Material bestand aus Todtgeburten aus der Stadt und aus klinischen Fällen; bei den ersteren war es nur selten möglich, genauere anamnestische Erhebungen auszustellen. Unter 20 Fällen fand A. bei 14 in der Nasenschleimhaut Spirochaeten (70 pCt. positive Resultate); bei den übrigen 6 waren die Spirochaeten nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Bei der histologischen Untersuchung der Nasenschleimhaut wurde Wucherung des Bindegewebes, besonders ausgesprochen an der unteren und mittleren Muschel, constatirt; im ferneren Rundzelleninfiltration und Erweiterung der Blutgefässe. Die Wandungen der Blutgefässe waren im Allgemeinen normal.

Die Schleimhaut von lebend zur Welt gekommenen luetischen Kindern hatte Verf. nicht Gelegenheit zu untersuchen. Verf. vermuthet, dass bei diesen letzteren die Veränderungen der Nasenschleimhaut zum mindesten weniger ausgesprochen sind, da das Absterben der luetischen Kinder gerade auf besondere Intensität der luetischen Erkrankungen im Uterus schliessen lässt.

Eine genaue Untersuchung des Schleimhautepithels war nicht möglich, da die meisten Untersuchungsobjecte ausgeprägte Macerationserscheinungen aufwiesen.

OPPIKOFER.

54) **Cassel** (Berlin-Wilmersdorf). **Gefahren der Syphilisübertragung in modernen Säuglingsstationen.** *Archiv f. Kinderheilkunde. 50. 1909.*

Nach seinen in den letzten Jahren darauf besonders gerichteten klinischen Beobachtungen kommt Cassel zu dem Schluss, dass das Fehlen der Rhinitis syphilitica, vorausgesetzt, dass die Krankheit sehr früh entdeckt und alsbald energisch behandelt wird, weit häufiger notirt werden kann, als bisher angenommen wurde.

SEIFERT.

55) **Bord. Die secundäre Syphilis der Nasenhöhlen. (La syphilis secondaire des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1909.*

Verf. hält bei secundärer Syphilis Manifestationen in der Nase für sehr

häufig, bei circa 70 pCt. der Kranken, besonders bei jugendlichen Individuen. Am Naseneingang haben sie den Charakter des Hautsyphilids mit Neigung zur Krustenbildung.

Auf der Schleimhaut können folgende Erscheinungen auftreten: 1. einfacher entzündlicher Zustand, gewöhnlich auf die untere Muschel beschränkt. 2. Erythem. 3. Erosion am vorderen unteren Theil der Scheidewand. 4. Ulcerirtes Syphilid, das man mehr der Tertiärperiode zurechnen muss.

A. CARTAZ.

56) **H. Danga. Ueber die einem Lupus gleichende Nasensyphilis. (Des syphilides lupiformes du nez.)** *Dissert. Paris 1907.*

Es giebt Fälle tertiärer Nasensyphilis, die leicht mit Lupus verwechselt werden können: 17 Krankengeschichten aus der Klinik von Professor Gaucher. In zweifelhaften Fällen empfiehlt D. gleichzeitige Behandlung mit Quecksilber und Jodkali; der Verf. sollte vor allem auch die Probeexcision erwähnen.

OPPIKOFER.

57) **Pasternak. Zur Casuistik der Nasenlues. (K kasuistike nosowowa sifilisa.)** *Jeshemesjasschnik. No. 4. 1908.*

Auf dem Septum fand sich eine doppelseitige Schwellung, welche auf specifische Behandlung sich verschlimmerte. Incision der Schwellung, Ausfluss von übelriechendem Eiter und Sequester. Guter Erfolg.

P. HELLAT.

58) **J. H. Abraham. Ein Fall von vernachlässigter Syphilis mit Zerstöstörung der Nase, Nasenhöhlen und Zunge. (A case of neglected syphilis and marked destruction of the nose, nasal cavities and tongue.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

59) **M. Cipolla. Ein schwerer Fall von Osteo-Periostitis gummosa der Nasenregion. (Un grave caso di osteo-periostite gummosa della regione nasale.)** *Riforma medica. 6. Januar 1908.*

23jährige Patientin, bei der vor 3 Jahren die ersten Erscheinungen an der Nase im Anschluss an ein Trauma auftraten. Sie wurde zuerst nur local, dann, als die syphilitische Natur der Affection erkannt war, antiluetisch behandelt, jedoch unvollkommen. Es finden sich jetzt Abflachung des oberen Theils der Nase, Zerstörung der Nasenflügel und der Oberlippe, Perforation des Gaumens und Verlust der Uvula.

FINDER.

60) **Finder** (Berlin). **Ueber den heutigen Stand der endonasalen Chirurgie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. 1908.*

Eine für den Praktiker ausgezeichnete Orientirung über das Thema. Der Autor betont gegenüber dem oft kritiklosen Operationsdrang einen bewussten und gut begründeten Conservativismus, sowohl bei endonasalen Eingriffen, Galvanocaustik und submucöser Septumresection, als bei Operationen der Nebenhöhlen von aussen.

ALBANUS (ZARNIKO).

61) **E. Kronenberg. Einige Bemerkungen über die Gefährlichkeit und Indicationen nasaler Operationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 157. 1909.*

In No. 23 der Münchener med. Wochenschrift hat Schwartze die Ansicht vertreten, dass operative Eingriffe in der Nase auch heute noch häufig unnütz ausgeführt werden und dann nicht selten zu schweren secundären Otitiden führen. Postoperative Meningitis sei jedenfalls nicht allzu selten. Es sollten chronische Nebenhöhleneiterungen nur dann operirt werden, wenn anhaltende kaum erträgliche Kopfschmerzen bestehen.

Gegen diese Aeusserungen von H. Schwartze wendet sich nun Kronenberg. Er befürchtet, dass die Aussagen eines so hervorragenden Ohrenarztes die operative Thätigkeit in der Rhinologie bei den practischen Aerzten in Misskredit bringen und protestirt deshalb gegen den zu conservativen Standpunkt von H. Schwartze und gegen seine ungnädige Beurtheilung der operativen Rhinologie.

OPPIKOFER.

62) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Frage der Blutstillung bei grosschirurgischen Nasenoperationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngol.-Rhinologie. Heft 8. 1909.*

Zur Einschränkung des Blutverlustes empfiehlt Löwe folgende 6 Maassnahmen:

1. Zur Allgemeinnarkose ein Mittel, das den Blutdruck möglichst herabsetzt, also Chloroform.

2. Hochlagerung des Kopfes bei der Operation.

3. Entsprechende Anwendung des Adrenalins, in physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, submucöse Injection in die Kieferhöhle nach Nager, des Ferneren auch in das Siebbeinlabyrinth.

4. „Innere Decortication" der Schleimhaut.

5. Temporäre Compression der Arteria sphenopalatina. Durchführbarkeit und Technik wird auf Grund der anatomischen Verhältnisse erläutert.

6. Eventuell „Abnähverfahren" nach Heidenhain oder „Abklemmverfahren".

Die verschiedenen Methoden und Eingriffe werden eingehend erörtert.

HECHT.

63) **Hochenegg** (Wien). **Zur Therapie von Hypophysentumoren.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 100. 1909.*

Die 33jährige Patientin (Akromegalie, Hemianopsie) wurde auf nasalem Wege unter temporärer Aufklappung der vorderen Stirnhöhlenwand mit Ausräumung der Stirnhöhle operirt, der Tumor konnte aber nicht nach oben abgegrenzt werden. Die Section zeigte, dass der Tumor die ganze Sella turcica erfüllte, in das linke Stirnhirn eindrang und sich dicht bis zum linken Vorderhirn verfolgen liess.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

64) **v. Reuss** (Wien). **Ueber dermoide Erkrankungen der Parotis im Kindesalter.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 70. 1909.*

Die vier mitgetheilten Fälle, Kinder von 4—16 Jahre betreffend, stellen chronische Parotiserkrankungen dar, welche die Eigenthümlichkeit hatten, in bald regelmässigen, bald unregelmässigen Intervallen zu exacerbiren, ohne dass es in den Zwischenzeiten zu völliger Rückbildung kam. In einem der Fälle fiel das Anschwellen zeitlich zusammen mit (offenbar auf Diätfehler zurückzuführende) Darmaffectionen, im anderen Falle mit der Menstruation. SEIFERT.

65) **Eichhorst** (Zürich). **Ueber anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei acuter Quecksilbervergiftung.** *Med. Klinik. 45. 1909.*

Das Material zu der histologischen Untersuchung lieferte ein unter den Erscheinungen der acuten Quecksilbervergiftung gestorbenes 24 jähriges Mädchen. Es ergab sich nur Hyperämie und Speichelstauung in den Speicheldrüsen, weitere anatomische Veränderungen liessen sich zunächst nicht nachweisen. SEIFERT.

66) **W. C. Carpentier. Doppelseitige eitrige Parotitis als Complication von Typhus bei einem 11 jährigen Knaben. (Double suppurative parotitis complicating typhoid in a boy eleven years old.)** *Journal of the American Medical Association. 26. December 1908.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

67) **G. W. Boot. Nicht-eitrige Labyrintherkrankung im Verlaufe von Mumps. (Non-suppurative involvement of the labyrinthe in the course of mumps.)** *Journal American Medical Association. 5 December 1908.*

Labyrintherkrankung ist eine sehr ernste Complication des Mumps; da eine Therapie nur in den ersten Anfängen wirksam sein kann, so soll eine solche frühzeitig und energisch eingeleitet werden. EMIL MAYER.

68) **F. Waldmann** (Budapest). **Fall von spontan entleerten Speichelsteinen.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Bei einem 62 Jahre alten Manne entleerten sich nach spontanem Durchbruch der submaxillaren Drüse ein kleiner Stein und mehrere ganz kleine Steinkrümelchen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

69) **George A. Henndon. Krebs der Parotis. (Cancer of the Parotid Gland.)** *Southern Medical Journal. März 1909.*

Bericht über 5 neue Fälle. EMIL MAYER.

70) **Jacques. Pathologie und Behandlung der Angina Ludovici. (Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Im Anfang ihrer Existenz ist die Angina Ludovici eine Infection des oberhalb des Mylohyoideus befindlichen weitmaschigen Zellgewebes. Zu dieser Zeit findet

man vom Mundboden aus einen sublingualen Tumor. Die Behandlung ist zu dieser Epoche noch aussichtsvoll und besteht in der galvanocaustischen Eröffnung der Eiteransammlung von der Mundhöhle aus. Die Angina Ludovici ist in erster Linie eine Mundkrankheit, was Eingangspforte, erste Symptome und Behandlung betrifft.

LAUTMANN.

71) **R. Arima** und **T. Ishii** (Osaka). **Beiträge zur bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Kenntniss der Noma.** *Centralbl. f. allgem. Pathologie und pathol. Anatomie. XX. Heft 14. 31. Juli 1909.*

In zwei klinisch als auch pathologisch-anatomisch festgestellten Fällen von Noma konnten Verf. einen eigenthümlichen grossen Bacillus constatiren, welcher sich durch die Silbermethode am besten nachweisen liess. Nach Ansicht der Verff. hat dieser Bacillus eine causale Bedeutung für die Noma, weil er 1. sich hauptsächlich in dem tiefliegenden Theile des Herdes allein in grossen Massen entwickelt und weil er 2. immer mit grosser Vorliebe die Gefässe angreift.

FINDER.

72) **Chalier** (Lyon). **Grosse seitliche Dermoidcyste des Mundbodens. (Volumineux kyste dermoide latéral du plancher buccal.)** *Lyon Médical. 19. September 1909.*

Es handelte sich um eine ursprünglich über dem Zungenbein gelegene Cyste, die sich dann aber auch sowohl ober- wie unterhalb der Zungenbasis vorfand. Die Haut der betroffenen Region ulcerirte zweimal und liess eine milchige Flüssigkeit austreten. Die Fisteln schlossen sich übrigens sehr schnell wieder.

GONTIER de la ROCHE.

73) **Jules Bosuriel** (Paris). **Die Pseudo-Talgcysten des Pharynx. (Les kystes pseudo-sébaces du pharynx.)** *La Clinique. 16. Juli 1909.*

Die Affection ist sehr selten, da die Talgdrüsen am Lippensaum aufhören. Sie kennzeichnet sich durch das Auftreten von kleinen gelblichen Erhabenheiten auf dem Gaumensegel, Uvula und Gaumenbögen; sie können die Grösse einer Linse erreichen.

GONTIER de la ROCHE.

74) **R. Kaul. Ueber Papillome des weichen Gaumens.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Mittheilung der diesbezüglichen Literatur und Wiedergabe einer eigenen Beobachtung mit genauem mikroskopischen Befunde.

OPPIKOFER.

75) **F. Bastgen. Ueber die behaarten Rachenpolypen.** *Dissert. Giessen 1908.*

Der behaarte Rachenpolyp, über den Verf. berichtet, wurde bei einem neugeborenen Mädchen beobachtet. 8 Stunden nach der normal verlaufenen Geburt stellte sich ganz unerwartet ein Erstickungsanfall ein. Es fand sich ein Polyp von glatter Oberfläche und weisser Farbe hinter der Uvula, in den Pharynx herunterhängend. Der genauere Sitz war nicht festzustellen. Hervorziehen des Polypen und Abtragen mit der Scheere nach Unterbinden des Stieles. Der Ueberzug des 21 mm langen und 13 mm breiten Tumors bestand aus Cutis mit Papillen, Haaren, Talg- und Schweissdrüsen, während sich die Hauptmasse aus Fett, Binde-

gewebe mit elastischen Fasern, zwei hyalinen Knorpelkernen und quergestreiften Muskelfasern zusammensetzte.

B. fand in der Literatur 27 Fälle von behaarten Rachenpolypen und giebt über diese eine tabellarische Uebersicht.

OPPIKOFER.

76) **v. Beesten** (Schandau). **Rachengeschwulst.** *Centralblatt f. Chirurgie. 43. 1909.*

Bei einem 37jährigen Manne wurde eine etwa faustgrosse Geschwulst, die fast den ganzen Mund ausfüllte, entfernt. Die Geschwulst ging von der rechten Seite des Gaumens aus und erwies sich als ein hartes Fibrom.

SEIFERT.

77) **Pevel** und **Rasin. Wangentumor. (Tumeur de la joue.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 10. März 1909.*

Beobachtung eines 64jährigen Mannes, der seit 10 Jahren infolge eines Traumas eine Schwellung der Wange zeigt. Diese Schwellung entleert von Zeit zu Zeit in die Mundhöhle und die Nase eine schwärzliche Flüssigkeit. Untersuchung der Nase ist negativ. Es handelt sich um die Frage, ob eine Cyste der Oberkieferhöhle oder eine Knochenneubildung infolge Trauma vorliegt.

GONTIER de la ROCHE.

78) **J. Breuer. Ein Beitrag zur Casuistik der wegen maligner Tumoren ausgeführten Unterkieferresectionen.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Um bei Unterkieferresectionen ein Abweichen des zurückgebliebenen Theiles des Unterkiefers nach der resecirten Seite zu verhindern, empfiehlt B. die Anwendung der Fritzsche'schen Zinnprothese (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 61).

OPPIKOFER.

79) **Massei. Syphilis und die malignen Tumoren des Rachens. (La syphilis et les tumeurs de mauvaise nature de la gorge.)** *Archives intern. de laryngol. Tome XXVIII. No. 5.*

Französische Uebersetzung des auf dem Budapester Congress in italienischer Sprache verlesenen Vortrages.

LAUTMANN.

80) **W. Kohl. Zur Kenntniss der Sarkome des untersten Pharynxabschnittes.** *Dissert. Greifswald 1908.*

K. giebt eine Literaturübersicht und theilt dann eine eigene Beobachtung eines gestielten Spindelzellensarkoms des Hypopharynx mit. Der 19jährige Knecht ist 3 Jahre nach der Operation (seitlicher Halsschnitt und Spaltung der Schleimhaut) gesund geblieben.

OPPIKOFER.

81) **B. Dollinger** (Budapest). **Die Kuhn'sche perorale Intubation bei der Entfernung von Geschwülsten der Mundhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1909.*

In einem Falle hat sich das Verfahren gut bewährt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

d. Diphtherie und Croup.

82) **E. E. Wuttke. Eine klinische und bakteriologische Studie über 41 aufeinander folgende Fälle von Diphtherie. (A clinical and bacteriological study of 41 consecutive cases of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 25. September 1909.*

Dreizehn Fälle zeigten typische Pseudomembranen, bei 28 Fällen waren zu keiner Zeit Membranen sichtbar; in den letzteren waren die Bacillen kleiner als in den ersteren und sie verliefen milder und reagirten prompt auf Antitoxin. In allen Fällen wurde so früh wie möglich 4000 I.-E. Antitoxin injicirt, was in zwei vorgeschrittenen Fällen zweimal wiederholt wurde. In allen Fällen trat prompt Heilung ein. Bei 45 der Infection ausgesetzten Personen wurden prophylactisch 1000 I.-E. injicirt; keiner von ihnen wurde krank. In 20 pCt. der Fälle trat nach dem Serum eine Urticariaeruption auf.

LEFFERTS.

83) **F. Kaulbach. Zur Frage der Pseudodiphtheriebacillen.** *Dissert. Berlin 1908.*

Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen sind bisher in manchen Fällen weder durch die Cultur, noch durch den Thierversuch genügend sicher zu trennen. Dies gelingt aber stets durch ihr specifisches Verhalten gegenüber den durch sie gebildeten Antikörpern. In dieser Hinsicht lässt sich die Agglutination für die Praxis diagnostisch verwerthen bei Benutzung eines entsprechenden hochwerthigen Serums. Dies specifische Verhalten zeigt einwandfrei, dass es sich um zwei verschiedene Arten handelt. Es scheint, als ob diese Verschiedenheit sich auch im Verhalten auf Traubenzuckernährböden zeigt, was jedoch erst noch weiter zu prüfen ist. Es wäre das sehr willkommen zur Klarstellung vereinzelter unsicherer Fälle, namentlich so lange es ein Agglutinationstrockenserum für Diphtherie im Handel noch nicht giebt. Im Uebrigen reicht jedoch für die ausserordentlich überwiegende Mehrzahl der Fälle die heute übliche Art der Untersuchung (Löffler-platte, Neisserfärbung) zur sicheren Diagnose völlig aus.

OPPIKOFER.

84) **A. T. H. Said. Die Diagnose der Diphtherie. (The diagnosis in diphtheria.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1909.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose aus dem klinischen Bilde allein. In Fällen, die klinisch ganz den Eindruck der Angina follicularis machten, fanden sich Diphtheriebacillen und bei Fällen mit Membranen auf Uvula, Gaumen und Pharynx blieb das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung in Bezug auf Diphtheriebacillen negativ und es fanden sich nur Streptokokken. Verf. räth, in allen zweifelhaften Fällen eine Injection von 4000 I.-E. Antitoxin zu machen.

A. J. BRADY.

85) **Brüstlein** (Bern). **Ueber die Beziehungen des nach Ehrlich'scher Methode bestimmten Antitoxingehaltes des Diphtherieserums zu dessen Heilwerth.** (Aus dem Institut zur Erforschung der Infectionskrankheiten der Universität Bern.) *Dissert. Bern 1909.*

Die hauptsächlichsten Schlüsse: In den sorgfältig ausgeführten Versuchs-

reihen haben sich constant die Sera, welche, nach Ehrlich's Methode ausgewerthet, geringen Antitoxingehalt hatten, als schwächer wirksam im Heilversuch erwiesen, als diejenigen Sera, die als hochwerthig bezeichnet werden mussten. Die Heilkraft des hochwerthigen Diphtherieserums ist nicht nur absolut, sondern auch relativ grösser als diejenige des niedrig gewertheten Serums. Es sind daher auch in Zukunft Diphtheriekranke mit möglichst hochwerthigem Serum zu behandeln.

JONQUIÈRE.

86) **J. Boros** (Szeged, Ungarn). **Mittels Plastik geheilter Fall von postdiphtheritischer Trachealstenose.** *Orvosi Hetilap. No. 38. 1909.*

Die Haut des Halses wurde beiderseits dem Ringknorpel angenäht, Kehlkopf und Luftröhre tamponirt und offene Wundbehandlung eingeleitet. Später Dilatation mit Sonden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **Walter A. Wells. Ueber die verschiedenen Stimmstörungen und ihre locale Ursache. (On the various affections of the voice and their local causation.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Stimmstörungen sind auf folgende drei Ursachen zurückzuführen:

1. Dynamische Veränderungen; die pathologischen Ursachen haben ihren Sitz in der Lunge.

2. Veränderungen in der Tonhöhe; die pathologischen Ursachen sitzen im Kehlkopf.

3. Veränderungen im Timbre; die pathologischen Ursachen sitzen in den Resonanzräumen.

Verf. bespricht die einzelnen pathologischen Veränderungen der Reihe nach.

EMIL MAYER.

88) **E. W. Scripture. Die Stimme der Epileptischen. (The epileptic voice.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Mai 1909.*

Eine weitere Folge der vom Verf. über diesen Gegenstand gemachten Beobachtungen (cfr. Centralblatt 1908, S. 308). Die eigenthümliche Stimme findet sich in jedem Fall von Epilepsie, ob er frisch oder alt, leicht oder schwer, behandelt oder unbehandelt sei. Der Patient ist sich selbst ihrer nicht bewusst; die Stimme kann nicht von einer gesunden Person mit Erfolg nachgeahmt werden. Ein geübtes Ohr kann die Stimme sofort von der bei anderen Nervenkrankheiten unterscheiden. Verf. nimmt eine anatomische Ursache für die Erscheinung an.

LEFFERTS.

89) **L. G. Parsons** (London). **Idioglossie und deren Beziehung zu anderen Sprachfehlern. (On Idioglossia and its relationship to other defects of speech.)** *Birmingham Med. Rev Juli 1909.*

In dieser sehr interessanten Arbeit wird eine Sprachstörung besprochen, die darin besteht, dass das Kind, unfähig, gewisse Silben seiner Muttersprache auszusprechen, diese durch solche seiner eigenen Erfindung ersetzt. Die beste Behandlung besteht darin, das Kind aus seiner gewohnten Umgebung herauszubringen

in eine Schule oder in eine Anstalt, wo es nach der im Taubstummenunterricht angewandten Methode sprechen lernt. Die Prognose ist bei Fehlen von geistigen Defecten gewöhnlich gut.

JAMES DONELAN.

90) **Herm. Gutzmann** (Berlin). **Rhinolalie und Rhinologie.** *Vortrag, gehalten auf der Otologischen Section des XVI. Internationalen Congresses in Budapest.*

Mehrfach ist Vortragender vor die Frage gestellt worden, ob die bei angeborenen Gaumenspalten oder angeborener Gaumeninsufficienz so häufig vorhandenen adenoiden Vegetationen aus Rücksicht auf die in Folge eines gleichzeitig bestehenden Mittelohrkatarrhs vorhandene Schwerhörigkeit entfernt werden dürfen oder nicht. Es ist leider nicht allgemein bekannt, dass ein grosser Theil des guten sprachlichen Erfolges bei angeborenen Gaumenspalten nicht nur von der guten Operation, sondern oft genug von dem Vorhandensein adenoider Vegetationen abhängt, und dass ein gutes sprachliches Resultat, das mit vieler Mühe erreicht wurde, durch die unüberlegte Herausnahme der adenoiden Vegetationen zerstört werden kann. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei der verengten Nase, die ebenfalls ein fast regelmässiger Nebenbefund der Gaumenspalten ist. (Besonders starke Vergrösserung der unteren Muscheln nach hinten).

Man kann nicht daran zweifeln, dass in den genannten Fällen die adenoiden Vegetationen eine physiologische Function ausüben; sie erleichtern den zum normalen Sprechen nöthigen Nasenrachenverschluss.

Ferner hat Vortragender mehrfach folgende Erfahrung gemacht: einem mässig nasal sprechenden Kinde wurden die adenoiden Vegetationen herausgenommen in der Hoffnung, dass die Rhinolalie, deren Charakter unbestimmt gelassen wurde, nach der Herausnahme verschwinden würde. Der Erfolg war den Erwartungen nicht entsprechend: das Näseln wurde nach der Operation ärger als zuvor.

Die eigentliche Ursache des operativen Misserfolges, ja der operativen Schädigung liegt darin, dass die Art und Form der Rhinolalie vom Operateur entweder verkannt oder überhaupt nicht gewürdigt wurde.

Gewöhnlich werden nur zwei Formen der Rhinolalie unterschieden: die Rhinolalia clausa und die Rhinolalia aperta. Aber schon diese Formen werden, wie Vortragender oft gesehen hat, nicht immer gut und scharf auseinandergehalten. Für eine exacte Indicationsstellung ist aber eine weit feinere Unterscheidung der Rhinolalien nothwendig.

Wir unterscheiden jetzt folgende Formen:

I. Rhinolalia clausa, verstopftes Näseln.

a) Rhinolalia clausa anterior, Sitz der Verstopfung in der Nasenhöhle, also stets organischer Aetiologie; operative Indication gegeben.

b) Rhinolalia clausa posterior

α) organica: Sitz der Verstopfung im Nasenrachenraum, adenoide Vegetationen, Verwachsungen des Velum mit dem Pharynx etc. Operative Indication;

β) functionalis: (Dyslalia palatina clausa, Uranolalia clausa): Dauernde Contraction des Velum beim Sprechen. Es fehlt das abwechslungsreiche Spiel des Velum bei der normalen Sprache. Von Sänger werden diese Fälle als „perverse Action" das Velum bezeichnet, nicht ganz richtig, da bei vollkommener

Perversität das Velum bei den Nasenlauten schliessen und bei den Orallauten geöffnet bleiben müsste. Hier ist jeder Eingriff in Nase oder Rachen überflüssig und zwecklos, dagegen ist der Sprachfehler durch Uebung leicht zu beseitigen.

II. Rinolalia aperta: offenes Näseln.

a) Rhinolalia aperta organica (Dyslalia palatina aperta, Uranolalia aperta).

Hier handelt es sich entweder um angeborene Spalten oder angeborene Insufficienz des Gaumensegels in Folge von Verkürzung oder Lähmung der Theile (nach Diphtherie). Auch die angeborene Schwäche der Articulationsmuskeln, wie wir sie oft bei Imbecillen und Idioten vorfinden, verursacht derartiges Näseln.

Bei Spalten ist die Indication zur Operation ohne weiteres gegeben, bei Verkürzung könnten Paraffininjectionen in die hintere Rachenwand oder die Anlegung einer Prothese angewendet werden.

b) Rhinolalia aperta functionalis:

1. congenita: Die Kinder haben zwar kein gelähmtes Velum, verstehen es aber in der sprachlichen Coordination nicht zu gebrauchen.

2. In Folge schlechter Gewohnheit, durch Nachahmung (z. B. bei normalen Geschwistern von Kindern mit angeborener Spalte).

3. Nach Operation der adenoiden Vegetationen. Diese Form kommt oft vor, nicht nur in Folge Zerrung der Theile, sondern weil die Patienten, da die adenoiden Vegetationen schon mehr als genügend Abschluss machten, das Velum nicht mehr gebrauchten, resp. den Gebrauch der Velumcontraction verlernt hatten. Nach Herausnahme der Adenoiden entsteht dann unmittelbar ein sehr starkes offenes Näseln, das nur durch Uebung zu beseitigen ist. Manche Kinder haben beim Sprechen das Velum dauernd contrahirt gelassen, was nach der Operation der Adenoiden natürlich beibehalten wird, so dass auch bei vollständiger Herausnahme der obturirenden Theile die Rhinolalia clausa bestehen bleibt (Rhinolalia clausa functionalis).

4. Hierher gehören auch die Fälle, bei denen nach Diphtherie in Folge der Gaumenlähmung zunächst eine Rhinolalia aperta organica entstand, bei denen aber nach Wiederherstellung der Velumbeweglichkeit die Function beim Sprechen nicht mehr ausgeübt wird, da sich das Kind an das Näseln gewöhnt hat. So wird die Rhinolalia aperta organica zur Rhinolalia aperta functionalis durch Autoimitation.

III. Rhinolalia mixta.

a) Rhinolalia mixta anterior. Verstopfte Nase, offener Velumschluss. Findet sich sehr oft bei angeborenen Gaumenspalten. Gerade hier kann ein Zuviel in der Beseitigung der Verengerung der Nase sehr viel Schaden für die Sprache stiften.

b) Rhinolalia mixta posterior — adenoide Vegetationen — offener Velumschluss. Ebenfalls bei angeborenen Gaumenspalten und angeborener Insufficienz des Velum.

Da oft die Verlegung der Tubenöffnung durch die adenoiden Vegetationen das Gehör bedroht und andererseits die adenoiden Vegetationen eine physiologische Function ausüben, indem sie den Velum-Pharynxschluss wesentlich erleichtern, so schlägt Verf. vor, dass eine partielle Entfernung der adenoiden Vegeta-

tionen in derartigen Fällen von den Rhinologen in's Auge gefasst werden möge.

Ausser den genannten Formen der Rhinolalie giebt es noch mannigfache Mischformen. Auch ist es gut zu wissen, dass ausser allgemeinem Näseln auch partielles Näseln vorkommt, das sich nur bei einzelnen Lauten geltend macht, z. B. bei den S-Lauten: Sigmatismus nasalis, ferner bei den Verschlusslauten p, t, k u. s. w. Derartiges partielles Näseln giebt niemals — wenigstens nach den bisherigen Erfahrungen — eine operative Indication, lässt sich aber durch rationelle Uebung leicht beseitigen.

Zum Schluss macht Vortragender auf die verschiedenen Untersuchungsmethoden der Rhinolalie aufmerksam. So ist Rhinolalia clausa von Rhinolalia aperta im Zweifelsfalle sehr leicht zu unterscheiden, wenn man einen Vocal z. B. „i" abwechselnd mit offener und mit verschlossener (durch Daumen und Zeigefinger) Nase sagen lässt. Ein starker Klangunterschied zeigt sich nur, wenn offenes (oder gemischtes) Näseln vorhanden ist. Vortragender verweist ferner auf die mannigfachen Methoden der Inspection (Spiegeldurchschlag nach Czermak), Auscultation (Hörschlauch nach Gutzmann), Palpation (Vibriren der Nasenwand) und die exacte graphische Methode.

AUTOREFERAT.

91) **Scherb** (Algier). **Kehlkopf- und Respirationsstörungen und Cardiephreneptose. (Troubles laryngés et respiratoires et cardiophrenoptose.)** *Presse médicale. 4. September 1909.*

Bei einem Kirchensänger stellten sich plötzlich Stimmstörungen ein; jeden Abend um 4 Uhr trat eine Art Krisis auf, während deren Patient nur mit geflüsterterter und gepresster Stimme sprach; gleichzeitig bestanden Athemstörungen und eine eigenthümliche Art von Angina pectoris. Es handelte sich dem Anschein nach um eine Psychasthenie. In Wirklichkeit handelte es sich um Störungen, die vom Intestinum herrührten und durch eine Ptosis des Herzens und des Zwerchfells bedingt wurden.

GONTIER de la ROCHE.

92) **H. E. Kanasugi** (Tokio). **Phonation nach Durchtrennung des Gehirnstammes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 334. 1908.*

Verf.'s an Hunden ausgeführte Experimente — ihre Zahl ist 10 — haben gezeigt, dass die Läsion des Thalamus opticus, des Pedunculus cerebri die Phonation nicht aufhebt; die Durchtrennung des Gehirnstammes in der Höhe des vorderen Vierhügels und in der Höhe des hinteren Vierhügels hatte die Stimmbildung in keiner Weise beeinflusst, ebensowenig die Durchschneidung des Bodens der vierten Gehirnkammer hinter den Corpora quadrigemina posteriora.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **Hopmann** (Köln). **Stimm- und Sprechübungen nach Kehlkopfausrottung.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 99. 1909.*

Bei einem Patienten musste wegen hochgradiger luetischer Kehlkopfstenose der Larynx exstirpirt werden, wobei die Epiglottis erhalten werden konnte. Durch systematische Stimm- und Sprechübungen gelang es, dem Patienten wieder eine Sprache zu schaffen, mit deren Hilfe er sich mit seiner nächsten Umgebung verständigen konnte.

SEIFERT.

94) **Eckert** (Berlin). **Die Behandlung der Keuchhustenkrämpfe mittels Lumbalpunction und Uebergiessungsbädern.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1909.*

Die Complication des Keuchhustens mit allgemein eklamptischen Krämpfen wurde bisher in der Heubner'schen Kinderklinik durch entsprechende diätetische Maassnahmen, narkotische Mittel und kalte Uebergiessungen behandelt. Die in einem relativ grossen Procentsatz letal verlaufenden, derartig complicirten Fälle liessen pathologisch-anatomisch nur ein ziemlich starkes Oedem der Hirnhäute und Hirnsubstanz ohne jegliche Läsionen auffinden. Autor versuchte nun durch Lumbalpunction die Resorption des Hirnödems zu begünstigen und berichtet in extenso über 4 schwere einschlägige Fälle, deren Sopor durch Lumbalpunction und nachfolgende kalte Uebergiessungen unterbrochen werden konnte, so dass die Kinder wieder Nahrung zu sich nehmen und am Leben erhalten werden konnten. Autor glaubt den Erfolg dieser Therapie damit erklären zu können, dass durch die Lumbalpunction eine Entspannung der Hirnhäute und damit günstigere Resorptionsverhältnisse geschaffen werden; durch die kalten Uebergiessungen werden kräftige Inspirationsbewegungen angeregt, die durch Ansaugung des venösen Blutstromes das Verschwinden des Oedems in wirksamster Weise befördern. Lumbalpunction und Uebergiessungsbäder heilen die Krämpfe an und für sich nicht, aber sie lassen uns Zeit gewinnen, um durch diätetische Maassnahmen und eine intensive symptomatische Therapie ihre Wiederkehr zu verhindern.

HECHT.

95) **P. Hellat. Erstickung oder Herzparalyse? (Uduschemie ili paralitsch serdza?)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. p. 310. 1908.*

Mittheilung eines Falles von Larynxcarcinom, der im Empfangszimmer des Autors plötzlich starb, bevor er untersucht worden war. Sofortige Tracheotomie und künstliche Athmung blieben erfolglos, woraus geschlossen werden kann, dass es sich um eine Herzparalyse im Anschluss an eine plötzliche Athemnoth handelte.

AUTOREFERAT.

96) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Fall von Dyspnoe während des Schlafes.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Die Dyspnoe entstand auf die Weise, dass die Zungenbasis der hinteren Rachenwand eng anlag; als Ursachen werden vom Verf. hypertrophischer Nasenkatarrh und adenoide Vegetationen angegeben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

97) **Debove** und **Treinolières. Kehlkopfblutung im Verlauf einer Laennec'schen Cirrhose. (Apoplexie laryngée au cours d'une cirrhose de Laennec.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. April 1909.*

Bei einer 34jährigen Frau mit Ascites infolge Lebercirrhose trat plötzlich eine Kehlkopfblutung auf mit einer mehrere Monate danach anhaltenden Aphonie.

GONTIER de la ROCHE.

98) **J. Broeckaert** (Gent). **Zur Kenntniss der Veränderungen in den Kehlkopfmuskeln nach Durchschneidung des Recurrens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. theilt die Resultate, die er am Kaninchen erhielt, ausführlich — auch in photographischer Darstellung — mit.

Nach Recurrensdurchschneidung bilden sich die Veränderungen im Musc. externus ausserordentlich stark und schnell aus. Schon nach 2 Wochen ist ein Unterschied zwischen kranker und gesunder Seite zu erkennen. Nach 3 Monaten hat man den Eindruck einer fortwährenden Zunahme der Atrophie und zwar in allen Muskeln der durchschnittenen Seite. Jedenfalls überwiegen nie die regressiven Veränderungen im Posticus diejenigen in den übrigen Muskeln, während immer der M. externus am meisten der Atrophie anheimgefallen ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Grabower** (Berlin). **Ueber die Veränderungen in gelähmten Kehlkopfmuskeln. Ein klinischer Beitrag.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall doppelseitiger Recurrenslähmung infolge Oesophaguscarcinoms, bei dem fast zu gleicher Zeit Abductoren und Adductoren geschädigt worden sind. Der gegenseitige Abstand der Stimmlippen betrug 4 mm. Dieser Zustand verharrte bis zum Lebensende des Patienten und war von viermonatlicher Dauer.

Die Veränderungen in Adductoren- und Abductorenmuskeln waren keine hochgradigen; es fanden sich neben atrophirten noch wohlgestaltete Muskelfasern mit allen Attributen der Arbeitsfähigkeit in grosser Zahl. An der Degeneration der Nerven, die trotz der relativ kurzen Zeit ausserordentlich hochgradig war, waren die Postici am meisten betheiligt. Verf. sagt, nicht biologische Unterschiede in den Muskeln sind die Ursache des Rosenbach-Semon'schen Gesetzes, sondern die absolut und relativ geringere Zahl der Nervenelemente im Posticus, welche bei gleichzeitig einsetzender Schädigung aller Recurrenszweige die Zweige zum M. posticus früher in ihrer Totalität zum Schwunde kommen lässt, als die weitaus zahlreicheren zu den Adductoren.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

100) **G. T. Ross. Stimmbandlähmung als erstes Zeichen einer Allgemeinerkrankung. (Paralysie laryngée premier symptôme d'un maladie générale.)** *Annales intern. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Mittheilung von 3 Fällen von einseitiger Stimmbandlähmung als erstes Symptom einer späteren Tabes. Die Fälle sind ganz oberflächlich mitgetheilt. Der Autor will zeigen, wie werthvoll die laryngologische Untersuchung für die allgemeine Praxis ist und ferner, dass einseitige Stimmbandlähmungen im Beginn der Rückenmarksschwindsucht keine Seltenheit sind. Letztere Behauptung ist doch nur mit Vorsicht annehmbar. Diese einseitigen Lähmungen sind wohl im Vorstadium der Tabes möglich, wie z. B. die bekannten vorübergehenden Abducenslähmungen, gewöhnlich aber entweder syphilitischer Natur oder durch das bei Tabikern nicht seltene Aneurysma bedingt. Das Gewöhnliche bei Tabes ist schon die beiderseitige Recurrenslähmung.

LAUTMANN.

101) **W. Schutter** (Groningen). **Nachtrag zu meiner Mittheilung über einen Fall von Larynxhemiplegie aus wahrscheinlich cerebraler Ursache.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 380. 1908.*

Verf. hatte Gelegenheit seinen im XI. Bande dieses Archivs veröffentlichten

Fall von Laryngohemiplegie 14 Jahre nach der ersten Untersuchung wiederzusehen. Während dieser Zeit hat sich das Bild nicht geändert, keine Spur von Atrophie ist am gelähmten Stimmband zu entdecken, weder laryngoskopisch noch elektrisch. Die Lähmung hält Verf. für eine cerebrale Larynxhemiplegie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Kanasugi** (Tokio). **Die Kehlkopfstörungen bei Beriberi.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1908.*

Nach Schilderung des jetzigen Standes unserer Kenntnisse über Beriberi macht der Autor, der dieses Thema auf dem I. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress 1908 behandelt hat, Mittheilungen über Stimmbandlähmungen und Oedeme des Larynx bei dieser Erkrankung.

In einzelnen Fällen nimmt er die Stimmbandlähmung als Folge von Druckerscheinung durch Herzdilatation und Hydropericardium an, in anderen ist es noch unentschieden, ob eine entzündliche Polyneuritis oder toxische Degeneration die Ursache ist. Das Larynxödem ist als Stauungsödem zu erklären.

ALBANUS (ZARNIKO).

103) **Max Levy** (Charlottenburg). **Ein Fall von Vago-Accessoriuslähmung.** (Nach einer Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft im Februar 1908.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 194. 1908.*

Bei dem 39jährigen Patienten fanden sich folgende Symptome:

Typische Lähmung des Gaumensegels, Posticuslähmung und Lähmung des Sternocleido und des Cucullaris mit degenerativer Atrophie dieser Muskeln, sämmtliche Lähmungen auf die rechte Seite beschränkt.

Verf. nimmt an, dass an einer Stelle an der Basis cranii die in Frage kommenden Nervenäste so dicht bei einander und andrerseits von den übrigen Vagusästen so weit getrennt liegen, dass sie von einer Noxe gemeinsam getroffen werden können.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **Milian** (Paris). **Lateropulsion nach rechts und Lähmung des rechten Stimmbandes nach syphilitischer Bulbärerkrankung. (Lateropulsion droite et paralysie de la corde vocale droite par lésion syphilitique du bulbe.)** *Progrès Médical. 24. Juli 1909.*

Der vom Verf. beobachtete Symptomencomplex wurde bedingt durch eine Arteriitis syphilitica in der mittleren Partie des Bulbus. GONTIER de la ROCHE.

105) **J. W. Gleitsmann. Recurrens- und Posticuslähmung des Kehlkopfs. Einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Lähmungen centralen Ursprungs. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx. Introductory remarks on anatomy and physiology. Etiology of paralyses of central origin.)**

106) **D. Bryson Delavan. Die Aetiologie der Recurrenslähmungen peripheren Ursprungs. (The etiology of paralysis of recurrent laryngeal nerves of peripheral origin.)**

107) **W. E. Casselberry. Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs. Diagnose und Behandlung. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx. Diagnosis and treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Vorträge gehalten auf der 30. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1908.

EMIL MAYER.

108) **Guder** und **Dufour** (Genf). **79 Fälle von Recurrenslähmung. (79 cas de paralysie récurrentielle.)** *Revue de Médecine. No. 4 u. 5. 10. April und 10. Mai 1909.*

Verff. begnügen sich nicht, eine Statistik ihrer Beobachtungen zu geben, sondern ziehen aus diesen bei gleichzeitiger Verwerthung der von andern Autoren gemachten Erfahrungen werthvolle Schlüsse in Bezug auf die Pathogenese und die semiologische Bedeutung der Recurrenslähmung.

Die Lähmung war 36 Mal eine linksseitige, 27 Mal rechtsseitig, 16 Mal doppelseitig; die Mehrzahl der Fälle betraf Männer und zwar zwischen 40 und 60 Jahren.

Die Ursache war: Sieben Mal Kropf, es handelte sich in diesen Fällen um incomplete Lähmung oder um Parese, selbst wenn die Compression schon lange bestanden hatte. Strumectomien waren 11 Mal die Ursache, meist infolge Durchschneidung des Recurrens; dies waren complete Lähmungen, die aber oft durch Compensation zur Heilung kamen.

Um Aortenaneurysmen handelte es sich 16 Mal; in 2 Fällen war nur das rechte Stimmband betheiligt. Wahrscheinlich war in diesen Fällen auch ein Aneurysma der A. subclavia vorhanden.

Oesophaguscarcinom war 7 Mal die Ursache, meist war hier das linke Stimmband gelähmt. In 3 Fällen waren die Erscheinungen von Seiten des Larynx denen von Seiten des Oesophagus um einige Monate vorausgegangen.

Lungencarcinom war 4 Mal Ursache der Lähmung meist infolge Druckes durch die erkrankten Drüsen; Lungentuberculose gleichfalls 4 Mal, sei es infolge Adenopathie, sei es infolge Pleuritis an der Spitze, besonders rechts, sei es infolge primärer Neuritis. Um Herzaffectionen handelte es sich 2 Mal infolge Compression durch den linken Vorhof.

Vier Mal lag Tabes der Lähmung zu Grunde und zwar konnte in einem Fall die Diagnose auf Grund des laryngoskopischen Befundes gestellt werden, bevor noch andere Anzeichen vorhanden waren.

Verf. führen noch andere Fälle aus unbestimmter oder unbekannter Ursache an. Merkwürdig ist besonders folgender: Wegen einer unzweifelhaften Magenaffection wurde eine Magenausspülung gemacht und sofort trat eine complete einseitige Lähmung auf.

GONTIER de la ROCHE.

109) **Salvatore Perrotta. Reine Mitralstenose mit Lähmung des linken Recurrens. (Stenosi mitralica pura con paralisi del n. ricurrente laringeo sinistro.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1909.*

Der Fall betrifft eine 38jährige Frau; er verlief tödtlich, leider ist jedoch keine Autopsie gemacht worden. Aus den in der Epikrise gemachten Bemerkungen

des Verfs. über die bisher vorliegenden Erklärungen der Recurrenslähmungen bei Mitralstenose sei als das Hauptsächlichste Folgendes hervorgehoben: Die Lähmung tritt ein, wenn eine enorme Dilatation des linken Vorhofs, ebenso aber auch, wenn eine derartige Hypertrophie des rechten Ventrikels vorliegt, dass er fast horizontal auf dem Zwerchfell ruht und so eine Zerrung der Lunge, des Aortenbogens und des Recurrens bewirkt wird. Es bestehen also beide Theorien, die von Ortner und von Krauss, zu Recht; sie gelten nur für zwei verschiedene Perioden der Herzkrankheit, die eine für das Stadium der Compensation, die andere für das Stadium der Compensationsstörung. Die Lähmung kann nur in einer dieser Perioden bestehen oder sie kann im ersten Stadium infolge der von Krauss angenommenen Ursache beginnen und im zweiten infolge der von Ortner angenommenen Ursache weiter bestehen.

FINDER.

110) **F. v. Gebhardt** (Budapest). **Untersuchungen über die Function der Flimmerepithelauskleidung der Luftröhre.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 41. 1909.*

Krepuska fand schon vor 20 Jahren, dass an mehrere Tage alten Leichen das Flimmerepithel sich noch bewegt und dass diese Bewegungen auch nach künstlicher Erfrierung weiterbestehen. v. Gebhardt untersuchte nun, wie lange das Flimmerepithel der post mortem excidirten Luftröhre noch im Stande ist, Kohlenstaub weiter zu bewegen, wie diese Bewegungen durch äussere Umstände beeinflusst werden und mit welcher Geschwindigkeit die Bewegungen stattfinden. Kohlenstaub hat sich zu diesem Zwecke am besten bewährt. Zur Spül- und Befeuchtungsflüssigkeit ist die oxygenirte Ringer'sche Lösung die vortheilhafteste, bei deren Anwendung die Geschwindigkeit der stündlichen Bewegung 3—8 bis 10fach schneller ist. Etwas Schleim oder Feuchtigkeit scheint die Bewegungen zu fördern. Wegen Erörterung interessanter Detailfragen ist das Studium der Originalabhandlung sehr empfehlenswerth.

v. NAVRATIL-POLYAK.

111) **Immelmann** (Berlin). **Die Behandlung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas mit Röntgenstrahlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. S. 286. 1908.*

Vortragender hat gute Erfolge gesehen. Bei Patienten mit asthmatischer Bronchitis trat eine Vermehrung und Erleichterung der Expectoration ein; die einzelnen Anfälle von Katarrh gingen schneller zurück. Die Patienten wurden wöchentlich 1—2 mal 10 Minuten lang ohne Blenden bestrahlt (von vorn, seitlich, vom Rücken aus, abwechselnd einige Minuten).

In der Discussion bemerkt Levy-Dorn, dass er manche Erfolge auf Suggestion setze, da er auch mit fingirten Röntgenbestrahlungen bei Asthmatikern Erfolge hatte. Immerhin habe er aber auch wirkliche Erfolge erzielt.

ALBANUS (ZARNIKO).

112) **M. Bourgarel. Ueber die Compression der Bronchien. Neues diagnostisches Zeichen des Dr. Martin du Magny. (Contribution à l'étude des compressions des bronches; nouveau signe de diagnostic de M. le docteur Martin du Magny.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Wenn bei Compression der Bronchien die Gegend der Lungenbasis auscul-

tirt wird, so hat der Untersuchende den Eindruck, als wenn Stimme und Hustenstoss des Patienten weit entfernt entstehen würde. Martin du Magny nennt deshalb dieses diagnostische Zeichen: signe de la voix et de la toux lointaine. Dieses Zeichen ist bei jeder Compression der Bronchien bereits frühzeitig nachweisbar, gleichgültig, welches die Natur der Compression ist. Auf der Rückseite des Thorax ist das Symptom deutlicher als auf der Vorderfläche.

Patient ist in sitzender Stellung und wiederholt beständig die Zahl 333. Der Arzt auscultirt die Rückseite des Thorax von der Lungenspitze nach der Basis zu. Während an der Lungenspitze die Stimme direct unter dem Ohre zu entstehen scheint, klingt sie bei Compression der Bronchien an der Basis der Lunge weiter entfernt. Allerdings ist dieses Zeichen auch normalerweise, bei gesunden Brustorganen, nachweisbar; bei Compression der Bronchien ist das Symptom aber deutlich verstärkt.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

113) **Charles H. Mayo. Die Parathyroidfrage. (The parathyroid question.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

Verf. berichtet über die bisher in Bezug auf Anatomie, Physiologie und Pathologie der Parathyroiddrüsen vorliegenden Erfahrungen. Nach fast 1200 Kropfoperationen haben sie niemals Tetanie auftreten sehen.

LEFFERTS.

114) **Bojarsky** (Inzowska). **Ueber die Beziehungen der Symptome zum Grade der Erkrankung bei Morbus Basedowi.** *Dissert. Bern 1909.*

Eine Gruppe von 42 Fällen zeigte den bekannten vollständigen Symptomencomplex und diese Gruppe ist ausgezeichnet durch eine diffuse Struma von bedeutender Grösse. Andererseits war eine Gruppe von 34 Fällen (alle aus der Kocher'schen Klinik) mit knolligen Strumen, die in keinem Falle alle Basedowschen Merkmale aufwies.

Der Grad der Erkrankung bei Basedow ist also proportional der Menge des hypervascularisirten und hypertrophischen Schildddrüsengewebes.

JONQUIÈRE.

115) **H. M. Stowe. Morbus Basedow und Schwangerschaft. (Exophthalmic goitre and pregnancy.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Juni 1909.*

Basedow'sche Krankheit ist eine gefährliche Complication von Schwangerschaft; es treten Nierenerscheinungen auf, ebenso Erbrechen und Diarrhoe, ferner Hautcomplicationen, profuse Perspiration, Erythem, Urticaria und Haarausfall. Der Zustand des Herzens und der Gefässe disponirt zu Abort, frühzeitiger Placentarlösung und Blutungen post partum. Schwangere Kropfpatientinnen befinden sich mit vorschreitender Schwangerschaft schlechter und sterben oft in den ersten Monaten unter denselben Erscheinungen, wie bei dem unstillbaren Erbrechen. Die fötale Sterblichkeit ist höher als die mütterliche. Wenn die ungünstigen Erscheinungen nicht bald aufhören, so sollte die Schwangerschaft beendet werden. Die Kropfoperation sollte während der Schwangerschaft nicht gemacht werden.

LEFFERTS.

116) **R. Kohts. Zur Frage der Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Morbus Basedowii.** *Dissert. Marburg 1908.*

K. fand in der Literatur 123 Fälle gewöhnlicher Struma, die mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren. In keinem Falle trat vollständige Heilung ein; scheinbar dauernde oder vorübergehende Besserung wurde in 84 Fällen constatirt. Bei 38 weiteren Patienten liess sich keine Einwirkung erkennen, in einem Falle trat eine Verschlimmerung ein.

Eine kritische Einschätzung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über den günstigen Einfluss der Röntgenstrahlen auf Struma muss dahin führen, das Vorhandensein eines solchen Einflusses zum mindesten als recht fragwürdig erscheinen zu lassen.

Zum grössten Theil ungünstig lauten die Berichte (19 Fälle) über die Behandlung mit Röntgenstrahlen bei der Basedow-Struma. Da, wo günstige Erfolge notirt wurden, sind dieselben auch ohne die Annahme einer specifischen Wirkung der Röntgenstrahlen erklärbar.

Wenn Rudinger bei zwei Basedowkranken, die bestrahlt wurden, nach der Bestrahlung eine Stickstoffretention nachwies, so darf dieses günstige Resultat der Eiweissparung nicht ohne weiteres der Bestrahlung als solcher zugeschrieben werden. Auch ohne Röntgenbestrahlung kann eine Stickstoffretention nachweisbar sein, sobald es sich um Basedowkranke in Ausheilung handelt. Verf. hat, veranlasst durch die 1907 erschienene Arbeit von Rudinger, an einer Basedowpatientin, deren Struma bestrahlt wurde, ebenfalls Untersuchungen über den Gesammtstoffwechsel und zudem auch über den respiratorischen Gaswechsel vorgenommen: Irgend einen Einfluss auf den respiratorischen Gaswechsel hatte die Bestrahlung nicht; eine Stickstoffretention wurde sowohl vor als nach der Bestrahlung beobachtet.

OPPIKOFER.

117) **John R. Wathen. Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Observations on the surgical treatment of the exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. empfiehlt vorherige Unterbindung der Art. thyreoidea superior auf einer oder beiden Seiten. Die beste Vorbereitung für die Operation besteht in Bettruhe und Darreichung von Tinct. strophanti. Verf. schildert dann die von ihm angewandte Operationstechnik, die in Bezug auf einige Details von der allgemein angewandten etwas abweicht.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

118) **E. Schmiegelow. Diverticulum oesophagi. (Diverticulum oesophagi.)** *Medicinsk Selskabs. 9. Möde. Hospitalstidende. No. 36. 1909.*

Verf. theilt drei Fälle von Zenker's Divertikel mit, von denen zwei mittels Excision des Sackes operirt wurden. Alle drei wurden durch Oesophagoskopie diagnosticirt.

L. MAHLER.

119) **W. R. Chessin. Ein Fall von skarlatinöser Strictur der Speiseröhre. (Slutschai scarlatinosnawo suschenia pischtschewodu.)** (Aus der Klinik von Prof. P. J. Djakonow.) *Chirurgia. No. 137. Mai 1908.*

In der Literatur der letzten 12 Jahre fand Verf. 4 derartige Fälle, nämlich die Fälle von Ehrlich, Hacker, Boas und Ziherbilyer (eine russische Arbeit). Der Fall des Verf.'s betrifft einen 23jährigen Bauer, der im 12. Lebensjahre Scharlach durchgemacht, als dessen nächste Folge immer zunehmende Schlingbeschwerden eintraten.

Untersuchung in der Klinik: Eine Sonde stösst bei 33 cm Tiefe von der vorderen Zahnreihe auf ein Hinderniss, durch das auch die kleinste Olive nicht durchgeht. Oesophagoskopie: In der entsprechenden Tiefe des Oesophagus eine mit blass-rosa Schleimhaut bedeckte Narbe, die eine Oeffnung von weniger als 0,5 cm einschliesst. Oberhalb der Strictur ein kleines Divertikel, unterhalb derselben fühlt man eine Reihe anderer Stricturen, die die Bougie No. 20 nur mit Mühe passirt.

Die Behandlung bestand in systematischem Bougieren, was aber jedesmal nur mit Hülfe des Oesophagoskops durchgeführt werden konnte. Nach ca. zwei Wochen ist die Strictur so weit gedehnt (Bougie No. 37), dass Patient sich sehr gut ernähren konnte.

Die Erkrankung der Speiseröhre nach Scharlach entsteht entweder durch directe Fortleitung von oben oder durch die Lymph- und Blutbahn. In diesem Falle vermuthet der Verf. eine Erkrankung der benachbarten Drüsen mit nachfolgender Vernarbung und Schrumpfung der Oesophaguswand.

Die Behandlung derartiger Fälle ist seit der Einführung des Oesophagoskops ohne eingreifende chirurgische Operation möglich geworden.

HELLAT.

120) **Garlet** und **Louvet. Elektrolyse und Oesophagoskopie in einem Falle von Strictur. (Oesophagoscopie et Electrolyse dans un cas de rétrécissement oesophagien.)** *Revue hebdom. No. 39. 1909.*

13 Monate nach einer Kalilaugevergiftung wird eine hochgradige Oesophagusstenose elektrolytisch behandelt bei einem durch Hunger herabgekommenen Knaben (Gewicht 18 kg, Alter ?). Wiederholte Sitzungen. Besserung innerhalb 3 Monaten bis zu 30 kg. Die Behandlung wird ausgesetzt. Zwei Jahre später Recidive und Wiederaufnahme der elektrolytischen Behandlung unter Leitung des Oesophagoskops.

LAUTMANN.

121) **M. Hoetzel. Ueber Oesophagus-Tuberculose.** *Dissert. München 1907.*

Bei dem 66jährigen Patienten war die Diagnose auf Speiseröhrenkrebs gestellt worden. Die Section und die mikroskopische Untersuchung wiesen die Combination eines Oesophaguscarcinoms mit Tuberculose der Speiseröhre nach. 2,5 cm unterhalb der Bifurcation stand das Carcinom durch 3 Fisteln mit vereiterten tuberculösen Drüsen in Verbindung.

OPPIKOFER.

122) **O. Gelbke. Ueber einen Fall von chronischer käsiger Tuberculose der intrathoracalen Lymphdrüsen mit secundärer Erweichung und Perforation in den Oesophagus.** *Dissert. München 1906.*

Neben der Tuberculose der intrathoracalen Drüsen bestand bei der 72jährigen Frau eine Tuberculose beider Lungen, der Leber, der Nieren, des Darmes und der Meningen. Patientin wurde bewusstlos und mit hohem Fieber (Meningitis) ins Spital gebracht. Die Speiseröhrenperforation, die wahrscheinlich auch bei Lebzeiten keine wesentlichen Symptome verursacht hatte, wurde erst auf dem Sectionstische aufgedeckt.

OPPIKOFER.

123) **Guisez** und **Abraud** (Paris). **Oesophagoskopische und klinische Studie über Tuberculose des Oesophagus. (Etude oesophagescopique et clinique de la tuberculose de l'oesophage.)** *Revue de Chirurgie. 10. Juli 1909.*

Die Tuberculose der Speiseröhre gilt für sehr selten, wahrscheinlich wird sie in vielen Fällen nicht diagnosticirt. Nach der Beobachtung Schrötter's und den beiden vom Verf. mitgetheilten Fällen scheint es, als ob das Oesophagoskop bestimmt ist, dieses Capitel der Oesophaguskrankheiten zu bereichern.

Im ersten Fall handelte es sich um eine ulcerirende Tuberculose; in den beiden anderen um secundär per contiguitatem fortgeleitete Tuberculose und um primäre — oder wenigstens mit anderen Läsionen nicht in Verbindung stehende — Tuberculose. Der Aufsatz ist mit interessanten Abbildungen, die das ösophagoskopische Bild zeigen, versehen.

GONTIER de la ROCHE.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Lange** (Kopenhagen). **Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Ohren- und Nasenkrankheiten.** Berlin 1910. Verlag von S. Karger.

Die vorliegenden Skizzen sind als Gedenkstein für den unvergesslichen Max Schaeffer (Bremen) zu betrachten, dessen wohlgelungenes Bild vor dem Titelblatt eingefügt ist.

Von grossem Interesse sind die Betrachtungen allgemeiner und specialistischer Art über die Aufgaben des Universitätsstudiums und über die Ausbildung und Thätigkeit der Specialisten. Hervorheben möchte ich, dass für Lange keinerlei Nothwendigkeit erkennbar ist, dass an der Universität eine Verschmelzung der Oto-Rhinologie mit der Rhino-Laryngologie stattfinden darf, wenn nur der Studirende alle beide lernen kann, in der Praxis kann ja gleichwohl die Oto-Rhino-Laryngologie von einer Person vertreten werden.

In den verschiedenen Capiteln werden ausgewählte Themata aus der Rhinologie und Otologie abgehandelt, in welchen insbesondere die jüngeren Fachkollegen viel Interessantes und Beherzigenswerthes finden können.

Seifert (Würzburg).

b) O. Körner. Lehrbuch der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. Zweite völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage des Lehrbuches der Ohrenheilkunde (mit 200 Textabbildungen und 1 Tafel). Wiesbaden 1909. Verlag von J. F. Bergmann,

K. will in seinem Buch den innigen Zusammenhang zwischen Otologie und Laryngologie zur Darstellung bringen und hat sich seiner Aufgabe um so eher unterzogen, „als bis jetzt ein Lehrbuch der Laryngologie fehlt, das den Bedürfnissen der Studirenden wie des Allgemeinpraktikers vollständig gerecht wird und dabei auf die Darstellung alles dessen verzichtet, was nur für den Specialisten brauchbar ist.“ Gleichzeitig aber wendet sich diese neue Auflage seines Lehrbuchs der Ohrenheilkunde auch an die Ohren- und Kehlkopfärzte.

Da K. die einschlägige Literatur kennt, so übt er eine scharfe Kritik an den bisherigen Lehrbüchern der Laryngologie, wenn sie eben seiner Meinung nach den Bedürfnissen der Studirenden und der Praktiker, ohne specialistischen Ballast, nicht genügen. Er wird darum mit Recht verlangen, dass man bei der Beurtheilung seines Buches, das diese Lücke ausfüllen soll, denselben Maassstab anlegt. Wenn ich gleichsam entschuldigend diesen Satz meiner Besprechung vorausschicke, der bei der Stellung des Verfs. selbstverständlich sein sollte, so geschieht es, weil man eigentlich gewohnt ist, die Neuerscheinungen der Literatur immer mehr oder minder lobend erwähnt zu finden, sei es, weil der Kritiker sich nicht der Mühe genaueren Studiums unterzogen hat, oder weil seine Feder sich sträubt, dem Autor, der Mühe und Arbeit an sein Werk verwendet hat, seine Freude an ihm zu beeinträchtigen. Ich stehe nicht auf diesem Standpunkt, weder als Autor noch als Kritiker. Mir sind immer diejenigen Besprechungen eines meiner Bücher am liebsten gewesen, die an ihnen etwas zu tadeln hatten und Vorschläge zu Verbesserungen zu machen wussten, und der Kritiker soll sine ira et studio, aber auch offen und ehrlich seine Meinung sagen.

Das Körner'sche Buch also hat mich von dem „innigen Zusammenhang der Oto- und Laryngologie“, den ich bisher nicht habe entdecken können, auch nicht überzeugen können; ich finde weder in dem der ersten noch in dem der zweiten Disciplin gewidmeten Theil den Beweis dafür erbracht. Würde einem der laryngologische Abschnitt als selbstständiges Buch vorgelegt werden, man würde nicht vermuthen, dass es den integrirenden Theil eines Ganzen darstellen soll. Dagegen habe ich den Eindruck gewonnen — ich komme nachher noch darauf zurück —, dass die Otologie, wenn ich so sagen soll, mit mehr Liebe geschrieben ist als die Laryngologie.

Der Grundgedanke, auf dem sein Buch aufgebaut ist, sowie der Plan seiner Eintheilung erscheint mir nicht zweckentsprechend. Um den letzteren vorweg zu nehmen, so bespricht K. die Geschichte der drei Disciplinen auf 24 Seiten, von der er doch nicht behaupten wird, dass sie ohne Weiteres zu den Bedürfnissen des Praktikers gehört. Ich möchte nicht missverstanden werden, ich halte es für durchaus wünschenswerth, den historischen Sinn des Mediciners zu erwecken und zu erhalten, aber wenn man sich in einem den rein praktischen Anforderungen bestimmten Buche eine relativ so ausführliche Darstellung der Geschichte gestattet, dass selbst zwei grössere Abbildungen der hippokratischen Methode der Nasenpolypenoperation gewidmet sind, dann sollte man den eigentlichen Text nicht so

cursorisch abfassen, dass die Krankheiten der Nase oder des Rachens kaum den doppelten Raum einnehmen.

Nun scheint aber K. gerade in dieser Kürze seiner Darstellung den Vorzug seines Buches zu sehen — „in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister“. Aber in dieser Beschränkung geht eben meiner Meinung nach K. zu weit; ich will dafür einige Beispiele bringen. In dem Kapitel: Perichondritis (des Larynx) ist ebenso wenig wie in manchen andern Abschnitten der laryngoskopische Befund angegeben, von einer derartigen Erkrankung der Epiglottis ist nicht die Rede. Weiter ist die endolaryngeale Technik überhaupt nicht besprochen. Wenn man nun zugeben kann, dass der Arzt der allgemeinen Praxis nicht im Stande ist und es auch nicht zu sein braucht, einen Kehlkopfpolypen zu entfernen, so werden doch andererseits heut zu Tage von ihm die alltäglichen Behandlungsmethoden wie Insufflationen, Einspritzungen u. s. w. verlangt; und wie er diese auszuführen hat, müsste ihm in einem Buche wie dem vorliegenden auseinander gesetzt werden und dies um so mehr, als K. z. B. der Operation bei der acuten Mastoiditis mehrere Seiten widmet und ebenso der bei chronischer Mastoiditis, die nach seinem eigenen Ausspruch zu den schwierigsten und verantwortungsvollsten gehört. Ich frage, ist das eine gleichmässige oder, um mich des obigen Ausdrucks zu bedienen, eine gleich liebevolle Behandlung der Ohr- und Kehlkopfkrankheiten? und geht die Beschränkung in Bezug auf letztere nicht zu weit? — Auf der einen Seite specialistischer Ballast — im Körner'schen Sinne, auf der anderen allzu grosse Einschränkung des Arbeitsgebietes des Allgemeinpraktikers.

Die Lectüre eines Buches wirkt immer erfrischender, wenn die Subjectivität des Verfassers uns dabei entgegentritt, und dieses Lob kann man diesem Buche zuertheilen. Handelt es sich aber um die Besprechung noch im Fluss befindlicher Fragen, so ist mehr Objectivität am Platze. Wenn K. das Rosenbach-Semon-sche Gesetz für die centralen Lähmungen für hinfällig hält, so ist das sein gutes Recht; in seinem Lehrbuche hätte er aber Licht und Schatten gleichmässiger vertheilen sollen, denn seine Einwände gegen jenes Gesetz gelten keineswegs allgemein als beweiskräftig. Ueberdies spricht er immer von dem Rosenbach'schen Gesetz und ist damit päpstlicher als der Papst.

Doch genug! Ich habe in dieser ausführlichen Besprechung mehr allgemeine Gesichtspunkte hervorgehoben als dass ich des genaueren auf Einzelheiten eingegangen wäre. Ich glaube und hoffe, dass der Verf. bei einer Neuauflage seines Buches von selbst zu einer Erweiterung des Textes, so weit es wenigstens die Laryngologie betrifft, kommen wird. Concedirt man ihm den engen Rahmen der Darstellung, so kann man ihm bestätigen, dass er seiner Aufgabe gerecht geworden ist. A. Rosenberg.

c) **J. A. Reinmöller. Das dentale Empyem des Antrum Highmori.** Rostock 1909.

Verf. behauptet, dass unter den Kieferhöhlenempyemen der Procentsatz der dentalen doch grösser ist, als im Allgemeinen angenommen wird, und belegt diese Behauptung mit einer ganzen Reihe von Krankengeschichten aus seiner Praxis, die das Bild des dentalen Kieferhöhlenempyems sehr deutlich erkennen lassen. Den Grund dafür, dass nun bislang bei weitem mehr nasale als dentale Empyeme zur

Beobachtung gelangten, erblickt Verf. in dem Versagen der bisherigen Untersuchungsmethoden wie der Percussion, Inspection, thermischen Prüfung bei der Feststellung der nicht offensichtlich zu Tage liegenden dentalen Aetiologie. Jetzt sind aber seit neuerer Zeit zwei Hülfsmittel — das Röntgenogramm und die Untersuchung der Zähne vermittels des Inductionsstromes hinzugekommen, die berufen sind, dauernde Klärung in der Frage der dentalen Aetiologie zu schaffen. Denn liefere das Röntgenogramm eine zuverlässige bildliche Darstellung der periodonditischen Processe, so zeige die fehlende oder erhöhte elektrische Reaction bei der Prüfung der Zähne mit eigens dazu construirten Apparaten den Tod resp. eine Erkrankung der Pulpa an. Angesichts dieser Thatsachen fordert Verf. mit Recht in Zukunft eine grössere Ausnutzung und Würdigung beider Methoden.

Des Weiteren geht Verf. auf die eigentlichen pathologischen Veränderungen der in Betracht kommenden Zähne und ihre Fortleitung nach dem Antrum ein und knüpft daran ausführliche prophylactische Betrachtungen. Wendet er sich mit diesen Ausführungen auch hauptsächlich an seine Fachcollegen, die Zahnärzte, so vermag er doch durch die gründliche Sachlichkeit und Klarheit seiner Ausführungen auch weitere medicinische Kreise zu interessiren und zu belehren. Am Schluss seiner Monographie liefert Verf. einen Ueberblick über den Symptomencomplex und die Therapie des Kieferhöhlenempyems, der nichts Neues enthält und nicht mehr giebt als das bereits Bekannte und Erprobte.

D. Sänger (A. Kuttner).

d) **William Lincoln Ballenger** M. D. **A treatise on diseases of the nose, throat and ear.** Zweite gründlich revidirte Auflage. Lea and Febiger. Philadelphia und New-York 1909.

Die erste Auflage dieses Buches ist innerhalb eines Jahres vergriffen worden. Die Entstellung einiger Eigennamen, die in der ersten Auflage zu tadeln war, findet sich in der neuen nicht mehr. Die Beschreibung der submucösen Septumresection ist vollkommen neu geschrieben und durch einige neue Abbildungen noch anschaulicher gemacht. Die Capitel über die Nebenhöhlenchirurgie und die Operationen an den Tonsillen sind erheblich erweitert und mit zahlreichen Illustrationen versehen, wie denn überhaupt die sorgfältigen und reichlichen Abbildungen — es sind deren 125 hinzugefügt worden — einen der Vorzüge des Buches bilden.

Obwohl der Name des Verfs. mit einer bestimmten Methode der Septumresection mehr oder weniger eng verknüpft ist, so sagt er doch, man solle nicht einer Methode den unbedingten Vorzug vor der andern geben, sondern die wählen, mittels deren es auf dem einfachsten Wege gelingt, das Hinderniss zu beseitigen. Der Lupus des Pharynx und Larynx ist mit wenigen Worten abgethan und hätte unserer Ansicht nach eine etwas ausführlichere Besprechung verdient.

Der Anwendung von Scheeren für die Entfernung der hypertrophischen Zungentonsille kann ich nicht zustimmen; die Guillotine arbeitet hier sicherer und gründlicher.

Bei der Behandlung der folliculären Pharyngitis scheint mir die von mir angegebene Curette den Vorzug gegenüber der Galvanocaustik zu verdienen.

Das letzte Capitel, das von den Fremdkörpern in den oberen Luftwegen

handelt, ist concis und anschaulich; es werden hauptsächlich die Jackson'schen Instrumente beschrieben, jedoch die neueren praktischen Handlampen nicht erwähnt.

Im Ganzen genommen kann das Buch nach jeder Richtung empfohlen werden. Es trägt das Gepräge eines sorgfältig durchdachten Werkes, in dem auch die Ansichten anderer zu ihrem Recht kommen, und darf unter die besten seiner Art gezählt werden.

Druck, Illustrationen und Ausstattung verdienen das höchste Lob.

Emil Mayer.

e) **L. B. Lockard. Tuberculosis of the nose and throat.** C. V. Mosby Medical Book and Publishing Co. St. Louis 1909.

Von den 327 Seiten des Buches sind 240 der Larynxtuberculose, 15 der Nase, 44 dem Nasenrachen und 23 dem Pharynx gewidmet. Das Buch enthält 85, zum grossen Theil farbige Illustrationen.

Dem Werke liegen die persönlichen Erfahrungen des Autors zu Grunde; diese müssen sehr reiche sein, denn das Feld seiner Thätigkeit liegt in Denver, Colorado, in den Rocky Mountains, wohin eine grosse Anzahl von Tuberculösen pilgern.

Verf. schätzt die Anzahl der jährlich in den Vereinigten Staaten an Tuberculose sterbenden Personen auf 150000.

Das ganze Buch ist, was die Heilbarkeit der Tuberculose in den oberen Luftwegen betrifft, auf einen sehr ermuthigenden Ton gestimmt. Wir können den Erfolg der Localbehandlung verstehen, wenn wir die günstigen klimatischen Bedingungen, unter denen der Verf. seine Tuberculösen behandelt, die reine und trockne Luft, bedenken. So wird der Optimismus Verf.'s begreiflich, der so weit geht, dass er sagt: „Mindestens die Hälfte der bereits entwickelten Affectionen kann zum Stillstand gebracht werden und in der Mehrzahl derjenigen Fälle, auf die das nicht zutrifft, können doch die quälendsten Erscheinungen zum Theil unterdrückt werden".

Verf. ist der Ansicht, dass die meisten tuberculösen Larynxaffectionen in Folge nicht vorgenommener systematischer Kehlkopfuntersuchungen in den Frühstadien der Krankheit unentdeckt bleiben, und dass viele Fälle darum ungünstig verlaufen, weil sich viele Laryngologen in dem irrigen Glauben befinden, der Patient leide an einer nothwendigerweise tödtlichen Krankheit, deren Behandlung nutzlos sei.

Die Anfangsstadien sind gewöhnlich heilbar, die vorgeschrittenen nicht oft, sagt der Autor.

In Bezug auf die Aetiologie der Kehlkopftuberculose meint Verf., dass das Fehlen von Lungenerscheinungen nicht die primäre Natur der Kehlkopferkrankung beweise, und dass gleicherweise auch eine Betheiligung des Lymphsystems, besonders der Tonsillen und Cervicaldrüsen ausgeschlossen werden müsse. Jedoch sagt er etwas weiter: „Vom praktischen Standpunkt kann ein Fall als primär betrachtet werden, wenn keine Erkrankung der Lunge nachweisbar ist". Der gewöhn-

lichste Weg der Infection sind die Blut- und Lymphgefässe, während das Sputum nicht selten nur eine nebensächliche Rolle dabei spielt.

Verf. hat einen tödtlich verlaufenden Fall von Kehlkopftuberculose bei einem 16 Monaten alten Kinde gesehen, während sein ältester Fall 74 Jahre alt war und geheilt wurde.

Die wohlbekannten Symptome der Krankheit werden beschrieben, unter den selteneren Erscheinungen die plötzliche Dyspnoe.

Ein Fall wird angeführt, in dem, während der Patient sich vollkommen ruhig verhielt, plötzlich Dyspnoe eintrat; es bestand totale beiderseitige Abductorlähmung. Es wurde Tracheotomie gemacht, jedoch trat 11 Stunden später Exitus ein. Die Fälle, in denen die Tracheotomie nothwendig wird, sind sehr selten und werden es noch mehr werden, wenn die Fälle frühzeitiger und consequenter behandelt werden.

Das Kapitel über die objectiven Erscheinungen ist erschöpfend und ausgezeichnet illustrirt. Hier wäre eine ausführlichere Behandlung der Differentialdiagnose zwischen Lupus und Tuberculose am Platz gewesen.

In dem Abschnitt über die Allgemeinbehandlung ist der Diätetik besonders viel Platz eingeräumt und eine Anzahl von Vorschriften zur Bereitung concentrirter Nahrung angegeben. In nicht zu vorgeschrittenen und activen Fällen ist Werth auf absolute Stimmruhe gelegt.

Was die medicamentöse Behandlung betrifft, so hat Verf. keinen Erfolg nach Tuberculin gesehen, dagegen günstige Resultate erzielt durch directe Application von Milchsäure, Formalin, Ichthyol, Resorcin, Guajacol, Pyoctanin, Argyrol und Nargol-Phenol, Para-Mono-Chlorphenol und Jodvasogen.

Formalin kommt nach den Erfahrungen des Verf.'s dem Ideal eines Mittels am nächsten, es ist ebenso wirksam wie Milchsäure und hat vor dieser den Vorzug, verhältnissmässig wenig Reaction und keine Schmerzen zu machen. Es kann täglich oder mindestens dreimal wöchentlich angewendet werden in einer Stärke von 3—10 pCt., bei Anwendung der stärkeren Lösungen empfiehlt sich vorherige Cocainisirung. Hier vermisst Referent die Erwähnung des von Yankauer angegebenen und an des Referenten Klinik mit ausgezeichnetem Erfolg gebrauchten Apparats zur Selbstapplication des Mittels.

Ferner werden empfohlen intratracheale Injectionen von angewärmter öliger Lösung von Menthol und Guajacol.

Submucöse Injectionen werden verworfen. Bezüglich der Lichtbehandlung geht die Erfahrung des Verf.'s dahin, dass gewisse Strahlen in einigen Fällen günstig auf Schmerzen, Husten und Expectoration wirken, dass sie aber keinen oder geringen Einfluss auf das erkrankte Gewebe ausüben. Die X-Strahlen haben in Bezug auf ihre Wirkung enttäuscht; über das Radium kann Verf. noch kein Urtheil abgeben. Sonnenlicht- und Bogenlichtbestrahlung hat er aufgegeben.

Von den operativen Maassnahmen ist die Curettage am wirksamsten; wo diese nebst Milchsäure- und Formalinapplication im Stiche lassen, ist die Excision zu empfehlen. Bei fester Infiltration des Taschenbandes empfiehlt Verf. die Galvanokaustik.

Jede Schwangerschaft, die mit Larynxtuberculose complicirt ist, sollte so

schnell wie möglich beendet werden; bei vorgeschrittener Schwangerschaft und schwerer Larynxerkrankung ist die Tracheotomie vorzunehmen.

Bei Besprechung der Nasentuberculose wird die Differentialdiagnose gegenüber dem Lupus ausführlich erörtert. Verf. hat einen Fall von Erkrankung der Oberkieferhöhle, Keilbeinhöhle und des Siebbeins gesehen nach tuberculöser Infection des rechten Oberkiefers. Dagegen findet sich kein Hinweis auf die Form der Nasentuberculose, die in Form von kleinen gelblichen Auflagerungen auf der Schleimhaut in die Erscheinung tritt, eine Form, die in einem so ausführlichen Buch deshalb hätte Erwähnung finden müssen, weil sie im Gegensatz zu den anderen mehr schleichend verlaufenden Formen der Nasentuberculose sehr schnell einen letalen Lauf nimmt.

Abgesehen von einigen Druckfehlern ist das Buch in Bezug auf Ausstattung, Druck und Illustrationen tadellos. Den Verfasser kann man nur zu der ausgezeichneten und sorgfältigen Behandlung des interessanten Themas beglückwünschen. Emil Mayer.

---

f) Société française de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

Paris, 10. bis 13. Mai 1909.

Präsident: Lavrand (Lille).

Sitzung vom 10. Mai (Vormittags).

Der Präsident begrüsst die fremden Mitglieder, die anwesend sind (hauptsächlich aus Belgien).

Der Generalsecretär verliest den Jahresbericht (Statistik).

Brindel (Bordeaux): Taubheit und Nasenverstopfung.

Der Autor erwähnt die bekannten Beziehungen zwischen Nase und Ohr und setzt dann einige anatomische Daten auseinander, die diese Beziehungen erklären. In den überaus meisten Fällen kann eine entsprechende Nasenbehandlung von Vortheil sein für die Erkrankung des Ohres.

Furet (Paris): Sarkom der Nasenhöhle. Operation nach Moure.

38jährige Patientin trägt seit 2 Jahren einen Tumor in der linken Nasenhöhle. Mikroskopische Untersuchung ergiebt Sarkom. Operation nach Moure (paranasaler Schnitt) gestattet leichte Zutageförderung des Tumors.

Discussion:

Escat findet diese Operation sehr practisch, trotzdem in einem von ihm operirten Falle die Patientin 8 Tage später an einer Drüsenentzündung zu Grunde ging. In einem zweiten Falle hatte Escat eine starke Blutung. Sarkome der Nasenhöhlen geben eine verhältnissmässig gute Prognose. Escat behandelt einen Fall schon seit 12 Jahren und einen Knaben von 9 Jahren, bei dem die extranasale Operation erst nach langjähriger endonasaler Behandlung (Elektrolyse, Auskratzung) nothwendig wurde. Manchmal können solche Sarkome ganz latent verlaufen, bis plötzlich rapid Verschlimmerung eintritt. In einem Falle erlebte Escat 24 Stunden nach der ersten Untersuchung, dass der Patient in Coma verfiel und

starb. Bei der Section fand man, dass Stirnlappen und die Stirnhöhle vom Tumor durchwachsen waren. Nach endonasaler Behandlung ist das Auftreten von Kopfschmerzen ein ominöses Zeichen bei solchen Tumoren.

Jacques: Wenn ein Sarkom nicht recidivirt, so hat es sich eher um einen entzündlichen Tumor gehandelt.

Castex ist ebenfalls mit der Moure'schen Operation sehr zufrieden.

Guisez: In einem Falle wurde histologisch und klinisch die Diagnose auf Sarkom gestellt. Es erwies sich später, dass es sich um Lupus gehandelt hat.

Chavanne (Lyon): Tuberculöse Tumoren der Nasenhöhle (analysirt).

Disscussion:

Escat: So lange die Schleimhaut intact ist, kann man von Lupus oder Tuberculose sprechen. Sarkome des Septums machen manchmal den Eindruck von Lupus.

Molinié hat eine Tuberculose bei einer Frau gesehen, deren Thränencanal wiederholt sondirt worden ist. Es ist möglich, dass es sich in diesem Falle um eine Einimpfung gehandelt hat, da wiederholt beim Sondiren fausse route gemacht worden ist.

Mahu (Paris): Einige Fälle von Heilung der Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege.

Die vom Autor wiederholt beschriebene Methode besteht 1. in breiter Eröffnung der medialen Wand der Kieferhöhle mit der vom Autor construirten Perforationsscheere; 2. in Ausschabung der Kieferhöhle mit der vom Autor construirten biegsamen Curette. 5 Fälle wurden nach dieser Methode behandelt. Drei Patienten sind gleich nach der ersten Operation radical geheilt, in einem Falle wurde die Trepanationsöffnung zu klein angelegt und es erfolgte Recidiv, und im 5. Falle konnte nicht genügend curettirt werden, weil Mahu vernachlässigt hatte, vorher eine Septumdeviation zu corrigiren, die ihn dann beim Curettement sehr behinderte.

Vacher (Orléans): Behandlung der Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege.

Das Wichtigste bei diesem Operationswege ist, die mediale Sinuswand bis auf den Nasenhöhlenboden wegzunehmen, ohne vorne eine Bucht zu lassen. Man braucht bloss den Kieferhöhlenboden abzuschaben. Operirt wird unter Localanästhesie. Nach Gebrauch von Adrenalin muss gut mit Jodoformgaze tamponirt werden, um secundäre Blutung zu verhindern.

Discussion:

Sieur glaubt, dass diese von Vacher empfohlene sparsame Operation nur in seltenen Fällen ausreicht.

Furet hingegen ist der Meinung, dass die Spülungen durch den unteren Nasengang (diameatische Spülungen), von denen mindestens 15 gemacht werden müssen, in vielen Fällen Heilung herbeiführen.

Escat hat seit 6 Jahren nicht mehr Gelegenheit gehabt, die Luc-Caldwell Operation auszuführen, seitdem er nach Claoué operirt. Escat hätte es früher

nicht für möglich gehalten, dass man mit der Claoué'schen Operation schwere Fälle von Kieferhöhleneiterung ausheilen könne. Seit 6 Jahren hat er zahlreiche Kranke, deren Namen und Adressen er sogar veröffentlicht hat, nach Claoué radical geheilt. Escat kratzt die Schleimhaut nicht aus.

Lermoyez resumirt die Entwicklung der Frage über die Behandlung der Kieferhöhleneiterung. Sein heutiger Standpunkt ist folgender: Zunächst müsse aus der Discussion alles ausscheiden, was nicht echte Kieferhöhlenentzündung ist; zunächst die Sinusitis fronto-maxillaris, die nur nach Luc operirt werden kann; die nekrotischen Formen, die atypische Operationen verlangen; die einfachen Empyeme der Kieferhöhle, die nach Ausschaltung der Ursache leicht ausheilen (offenbar die dentalen Sinusitiden gemeint, die nach Extraction eines cariösen Zahnes oft ohne weitere Behandlung ausheilen). Es bleiben dann noch die Kieferhöhleneiterungen, für die man im Allgemeinen die Claoué'sche Operation angezeigt hält, unter folgenden zwei Bedingungen, 1. die Eiterung besteht fort trotz einer grösseren Reihe von diameatischen Spülungen, 2. wenn der Patient nicht Zeit und Geldopfer für diese ziemlich umständliche Behandlungsart aufwenden kann. Es ist unstreitig, dass die Claoué'sche Operation, was Gefahren und Schwierigkeit anlangt, sich mit der Luc'schen Operation nicht vergleichen kann. Bei diesen Kieferhöhleneiterungen ist die Auskratzung der Höhle gar nicht nöthig, die Heilung erfolgt hauptsächlich, wenn für guten Eiterabfluss gesorgt wird, und hierzu ist die Claoné'sche Operation sehr geeignet.

Guisez findet, dass man wenig chirurgisch vorgeht, wenn man die entartete Schleimhaut nicht berühren will. Was in der Luc'schen Operation erschreckt, ist nur das Chloroform, und dieses kann man jetzt durch das Cocain ersetzen.

Moure: Es giebt Sinusitiden mit cystöser Entartung der Schleimhaut, bei denen halbe Maassnahmen nicht ausreichen und wo man breit aufmachen muss. Seitdem man das Cocain für die Luc'sche Operation anwendet, ist die technische Schwierigkeit sehr reducirt.

Garel wiederholt seit 15 Jahren, dass die Kieferhöhleneiterung auch ohne grosse Operation geheilt werden kann. Seit 15 Jahren hat er blos 2 Mal Gelegenheit gehabt, die Luc'sche Operation auszuführen.

Luc hält die Claoué'sche Operation für unzureichend.

Brindel hält die Auskratzung der Schleimhaut für nöthig.

Gault (Dijon): Oesophagoskopie und Elektrolyse in einem Falle von Oesophagusstrictur. (Referirt.)

Moure: Fremdkörper im Oesophagus; Oesophagoskopie. (Referirt.)

10. Mai. Abendsitzung.

Sargnon (Lyon): Gegenwärtiger Stand der Laryngostomie.

Der Autor giebt eine Uebersicht über alle bisher mit Laryngostomie behandelten Fälle und zeigt, dass die Methode sich in allen Ländern Europas

(Deutschland ist nicht genannt) und Amerika ausbreitet. Sogar stimmlich sind die erzielten Resultate ausgezeichnete.

Mermod (Lausanne): Ueber einige Nachtheile der submucösen Resection des Septums.

Manchmal beobachtet man nach regelrechter Ausführung der Operation das Entstehen einer Perforation der Schleimhaut der Nasenscheidewand, die Tendenz hat, immer grösser zu werden. Bestand vor der Operation eine Ozaena, so ist eine solche Perforation von den allerunangenehmsten Folgen begleitet. Manchmal ist die Mucosa nach Resection derart flottirend, dass sie bei jeder Inspiration an die andere Nasenwand anklebt.

Brindel hat Schwierigkeiten empfunden bei der Abhebelung der Mucosa, wenn vorher ein Trauma stattgefunden hatte. Bei einseitiger Ozaena operirt er nicht und entfernt sich hierin von dem Vorschlage Mermod's.

Rouvillois et Sieur: Behandlung der Difformitäten der Nasenscheidewand mittelst subcutaner Methoden. Resultate. (Referirt.)

Koenig (Paris): Prothese bei Verwachsung des weichen Gaumens mit dem Pharynx.

Nach operativer Durchtrennung der Symphyse hat der Autor eine von Delair construirte Prothese bei einer jungen Patientin angebracht, die von derselben gut vertragen wird.

Lavrand (Lille): Pathogenese und Behandlung der Ozaena. (Referirt.)

Discussion:

Bloeckaert hält die Behandlung mit Paraffin für die beste, wenn die Ozaena an der unteren Muschel beginnt. Was die Pathogenese anlangt, so ist die Ozaena eine Folgekrankheit von Syphilis, Tuberculose oder auch Diphtheritis, wie er es an einem Falle bemerkt hat.

Brindel: Die Paraffinmethode ist nicht bei allen Patienten anwendbar. Man muss zunächst durch einige Monate die Schleimhaut massiren und einen Schwellungszustand erreichen, der gestattet, das Paraffin zu injiciren. Die von Lavrand ständig gefundene Ethmoiditis necroticans scheint ihm jedenfalls selten zu sein.

Cauzard: Beim Kinde findet man Ozaena. Es kann sich hierbei offenbar nicht um Ethmoiditis handeln. Die Paraffinmethode ist sehr langwierig. Cauzard behandelt Patienten schon seit 18 Monaten, ohne definitiven Erfolg erzielt zu haben.

Luc: Ozaena mit Paraffin heilen zu wollen, ist dasselbe, wie wenn man schönes Wetter machen wollte damit, dass man das Barometer steigen macht. Das Paraffin kann nur gegen ein Symptom und auch nicht in allen Fällen verwendet werden, nicht aber gegen die Krankheit, die bestehen bleibt. Die Ozaena ist für Luc die Folge des von Perez beschriebenen Micrococcus foetidus ozaenae.

Brindel ist erstaunt, wenn er hört, dass man Patienten 18 Monate hat mit Paraffin behandeln müssen. 2—6 Sitzungen genügen. Allerdings verwendet Brindel flüssiges Paraffin.

Lavrand hat systematisch die Ethmoiditis gesucht und gefunden. Der Ausgangspunkt der Krankheit ist immer im mittleren Nasengang zu finden. Die Ausrottung des kranken Siebbeins allein bringt Heilung.

Viollet (Paris): Kystischer Polyp der Nase mit reichlicher Hydrorhoe einhergehend, aus der Kieferhöhle stammend. (Referirt.)

Tétrôp (Antwerpen): Die schädlichen Wirkungen der tiefsitzenden Gaumenmandeln beim Erwachsenen.

Wenn die Mandeln tief versteckt in den Nischen sitzen, können sich bei Erwachsenen Zustände einstellen, deren richtige Deutung mitunter schwierig ist. Trétrôp hat Fälle gesehen, die als tuberculöse behandelt wurden, und durch Ausrottung der hypertrophischen Mandeln von ihren Leiden befreit wurden. Die beste Behandlungsart erfolgt mit der kalten Schlinge von Vacher unter combinirter localer und allgemeiner Anästhesie.

Malherbe (Paris): Steine vom Ductus Warthonianus.

Zwei Steine von der Grösse eines Orangekernes wurden unter allgemeiner Anästhesie bei einem Erwachsenen aus dem Ausführungsgange der Sublingualdrüse heraus befördert. Beim Patienten kam es zu echten Speichelkoliken mit Entzündung der Drüse, die sich anfallsweise wiederholten.

Rivière (Lyon): Ueber acute Sinusitis. (Referirt.)

Sitzung vom 11. Mai.

Henri Bourgeois und Leon Egger (Referenten): Das Kehlkopfödem.

Ausführliche Behandlung des Themas mit vornehmlicher Berücksichtigung der französischen Literatur. Die Autoren haben eine eigene Classification aufgestellt, die allerdings etwas willkürlich erscheint. Für jede Gruppe bringen die Berichterstatter zahlreiche Beispiele aus der Literatur. Die Behandlung ist ebenfalls in einem kurzen Capitel berücksichtigt worden.

Discussion:

Garel verwendet nicht mehr die Jodtinctur zur Bekämpfung des Oedems; er zieht die Anwendung des Adrenalins vor.

Trétrôp hat nach interner Verabreichung von Jodkalium ein acutes Larynxödem sich entwickeln sehen. Jod in Glycerin gelöst giebt sicher kein Larynxödem. Es scheint, dass in der Jodtinctur die Reizwirkung vom Alkohol herrüht.

Bonain bemerkt, dass die Berichterstatter die Intubation wenig empfehlen, sehr mit Unrecht, da sie ausgezeichnete Dienste leistet.

Moure fügt folgende von den Berichterstattern nicht erwähnte Oedemformen an: 1. Oedem des Kehlkopfes im Gefolge von Angina Vincenti; 2. im Gefolge von Lepra; 3. bei tiefsitzenden peritonsillären Abscessen, namentlich wenn der Abscess bis zum Sinus piriformis reicht, kann sich Kehlkopfödem einstellen; 4. bei Fremdkörpern; 5. nach Cocainisation. In einem Falle trat sogar der Tod ein. Die Behandlung betreffend haben die Berichterstatter nicht erwähnt, dass es

genügt, in das ödematöse Gewebe einfach einen Druck mit einer kräftigen Zange auszuüben, um die Geschwulst zum Abfallen zu bringen.

Sargnon empfiehlt beim acuten Oedem die subcutane Injection von Morphium, sogar wenn es sich um Brightiker handelt. Auch bei Kindern kann man getrost zu Subcutaninjectionen greifen ($^1/_3$ mg bei einem 12 Monate alten Kinde, das an einem subglottischen Oedem zu ersticken drohte).

Mermod hält bei Tuberculose des Larynx das Oedem für selten. Es handelt sich nicht um Oedem, sondern um directes tuberculöses Infiltrat in den allermeisten Fällen, wo man von Oedem des tuberculösen Larynx spricht. Das Cocainödem ist ihm neu, aber besser bekannt ist ihm die schädliche Wirkung der Bonain'schen Mischung auf den Kehlkopf.

Escat: Wenn ein Brightiker Kehlkopfödem bekommt, so giebt es immer locale Ursachen hierfür. Larynxödem bei secundärer Lues ist stark auf Albuminurie verdächtig. Die Befürchtung, mit Jodkalium Larynxödem auszulösen, theilt er nicht, hält sich jedoch stets bereit zur Tracheotomie.

Bourgeois (Schlusswort): Wenn auch die Wirkung des Jodkaliums eine viel ausgesprochenere ist als die des Quecksilbers, so wird man vorsichtshalber in allen Fällen mit Stenosegefahr zum Quecksilber greifen. Was die Bemerkung Bonain's anlangt, so ist es Thatsache, dass die Intubation bei den Laryngologen wenig in Gebrauch ist. Morphium kann wohl nur gegen die spastischen Anfälle, aber nicht beim echten Oedem des Larynx wirkungsvoll sein.

Guisez (Paris): Ueber Tracheo-Bronchoskopie.

Mittheilung von einigen durch Oesophagoskopie geheilten Fällen. Vortheile der directen Behandlungsmethoden vor den indirecten mittels Spiegel, bei schwer erreichbaren Polypen der vorderen Commissur und subglottischem Sitze von Larynxtumoren. In einem Falle wurde sogar Thyreotomie von berufener Seite vorgeschlagen, während es Guisez gelang, mit directer Laryngoskopie des Tumors habhaft zu werden.

Guisez (Paris): Oesophagusstenosen. (Referirt).

Discussion:

Moure kennt einen Fall, wo im Anschluss an Oesophagoskopie bei Dilatation des Oesophagus Mediastinitis mit Exitus erfolgt ist.

Claoué hat drei Fälle von Fremdkörper zu sehen Gelegenheit gehabt, davon waren zwei in den Bronchien, einer im Oesophagus. Er schlägt bei Kindern die untere Bronchoskopie vor.

Escat berichtet über einige Fälle mit unglücklichem Ausgang. Einmal kam er aus dem Oesophagus in den Bronchus, ein ander Mal starb der Patient 24 Stunden nach der Oesophagoskopie. Einmal gelang es ihm zwar nach unterer Bronchoskopie, den Fremdkörper aus dem Bronchus hervorzuholen, aber das sechsjährige Kind starb doch unter asphyktischen Erscheinungen.

Texier: Todesfall bei einem 2jährigen Kinde, bei dem wegen eines Fremdkörpers (Münze) in der Speiseröhre zuerst der Münzenfänger von Graefe, dann der von Kirmisson verwendet wurde. Subcutanes Emphysem. Trotz Bronchoskopia inferior starb das Kind.

Escat giebt bei Münzen im Oesophagus dem Haken von Kirmisson den Vorzug.

Guisez (Schlusswort) ist ebenfalls von der Vortrefflichkeit des Kirmisson-schen Hakens überzeugt, aber da er nur sehr complicirte Fälle zu sehen Gelegenheit hat, kommt er weniger in Verlegenheit, andere als directe Methoden zu benutzen. Auf 33 Fälle hat er nur 4 Erfolge zu verzeichnen.

Garel (Lyon) Kehlkopfkrebs, endolaryngeal operirt (referirt).

Georges Laurens (Paris): Behandlung des Kehlkopfkrebses mittels Fulguration.

Der Autor hat 2 Fälle mittels Fulguration behandelt. Beide Patienten befinden sich jetzt noch, 6 Monate nach der Operation, im besten Wohlsein und besitzen auch die Sprache. Ohne über den endgültigen Werth der Methode ein Urtheil abzugeben, kann er die Methode mit Rücksicht auf die unmittelbaren Resultate nur empfehlen.

Gault (Dijon): Ein Fall von Laryngectomie.

Patient hatte fulgurirt werden sollen, aber es kam nicht dazu.

Discussion:

Molinié hat bei 4 Fällen (Krebs im Munde, Zunge, Pharyny, Larynx) nur schlechte Resultate erlebt. Es erfolgte entweder bald der Tod, oder doch rapide inoperable Recidive. Die Fulguration wurde von Keating Hart und Juge ausgeführt.

Jacques hat in einem Fall zwar keinen Schaden, jedoch auch keinen Erfolg mit der Fulguration erlebt.

Lermoyez kann zu keinem abschliessenden Resultat über den Werth der Fulgurationsmethode kommen. Nach der Meinung vieler Chirurgen ergiebt die Methode nichts bei den schweren Fällen, wo sie dasselbe leistet, wie der Thermokauter, und verschlimmert die leichten Fälle. Jedenfalls muss man damit rechnen, dass diese Methode eine starke Lymphorrhoe erzeugt, wodurch Gefahr der Bronchopneumonie, ferner, dass sie auf die Umgebung eine sklerotisirende Wirkung ausüben kann, wodurch die Gefahr der Thrombosirung benachbarter grösserer Gefässe entsteht. Es scheint, dass die Resultate der Fulgurationsmethode sehr zweifelhaft sind.

Sitzung vom 12. Mai.

Moure u. Cauzard, Berichterstatter für das otologische Thema: Gehörprüfungsmethoden.

Castex (Paris): Ueber Keratintumoren des Larynx.

Im Anschluss an die Inaugural-Dissertation des jüngeren Poyet berichtet Castex über einige Tumoren des Kehlkopfes, die sich durch weisse Farbe und mitunter grosse Härte auszeichnen. Mikroskopisch findet man Verhornung des Epitheliums. Castex sagt von diesen Tumoren, dass sie maligne von Diagnose und benigne von Prognose sind.

Discussion:

Garel hat wiederholt bösartige Tumoron des Kehlkopfes ziemlich lange (in einem Falle 7 Jahre) bestehen sehen, namentlich bei älteren Leuten.

Escat sah einmal einen subglottischen Tumor bei einem 50jährigen Patienten recidiviren, und zwar in Form eines weissen Tumors. Seitdem hat er noch wiederholt solche weissen, zottige Tumoren gesehen, die er für Papillome hält.

Castex sagt, dass diese Tumoren thatsächlich nichts seltenes sind. Histologisch muss man nur hervorheben, dass in einigen Fällen Epithelialknospen in der Tiefe zu sehen waren, und dass die Prognose dennoch eine gute war.

Sitzung vom 13. Mai.

Thooris (Paris): Ueber diaphragmatische Athmung.

Graphische Messungen und radioskopische Untersuchungen, an Soldaten vorgenommen. Th. empfiehlt bei Insufficienz der diaphragamtischen Atmung eine Gymnastik, die von den besten Resultaten begleitet ist.

Labouré (Amiens): Posttraumatische Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes.

Hufschlag mit Fraktur des Unterkiefers und plötzlicher Aphonie. 10 Tage später sieht L. noch eine Ecchymose des Kehlkopfeinganges und eine rechtsseitige Paralyse des Stimmbandes. Die Paralyse war eine totale und später von Atrophie gefolgt.

Lannois (Lyon): Knötchenbildungen in Nasenpolypen. (Referirt.)

Caboche (Paris): Sarcom des Siebbeins. Resection mittels paranasaler Methode.

Patient von 46 Jahren wurde nach Resection des aufsteigenden Fortsatzes des Oberkiefers, des Nasenbeines und des linken Siebbeins von einem grossen Sarcom befreit. Nach 5 Monaten stellte sich Exophthalmus und Coma ein. Der Patient starb offenbar in Folge Einwucherung des Sarcoms in die Schädelhöhle.

Broeckaert (Gand): Ist der Recurrens ein ausschliesslich motorischer Nerv?

Nach einer Section des Nerven kommt der Autor zu dem Schlusse, dass der Recurrens sensible Fasern für Trachea und Oesophagus führt.

Münch (Paris): Kieferhöhleneiterung.

Schlägt zur Behandlung die Leitungsanaesthesie vor nach Cocainisirung des Nervus maxillaris superior in der Fossa pterygomaxillaris (Technik nach Ostwall.)

Münch (Paris): Oesophagoscopie und Tracheoscopie.

M. hat ein eigenes Bronchopharyngoscop angegeben, bei dem die Beleuchtung am distalen Ende angebracht ist.

Bar (Nizza): Diffuse peripharyngeale Phlegmone.

Diese durch die verschiedensten Microben erzeugte Phlegmone des Rachens

bietet meist diagnostische Schwierigkeiten. Es kommt selten zur Bildung eines echten Abscesses. Die Prognose ist gewöhnlich infaust. Der Tod kann nach 3—4tägiger Krankheit erfolgen, unter Erscheinungen von allgemeiner Sepsis mit geringer Temperatursteigerung.

Perretière (Lyon): Katarrh der Sänger.

Uebersicht über die bekannten professionellen Störungen der Singstimme.

Lautmann (Paris).

IV. Briefkasten.

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Von Herrn Hofrath O. Chiari (Wien), dem Vorsitzenden des permanenten internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologen-Congresse erhalten wir folgendes Schreiben:

Sehr geehrter Herr Collega!

Die Entscheidung über Ort und Zeit des nächsten internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses wurde gelegentlich des Budapester internationalen medicinischen Congresses von dem leider nicht vollzähligen internationalen Comité einem engeren Comité, bestehend aus B. Fränkel, Dundas Grant, Moure und O. Chiari, als Präsidenten, übertragen.

Da ich aber bei dieser wichtigen Angelegenheit die Stimmen aller Mitglieder des internationalen Comités hören wollte, sandte ich an Alle ein Rundschreiben.

Die letzte Antwort lief erst heute ein. Die Wünsche der einzelnen Herren lauten wie folgt:

	Zeit	Ort
B. Fränkel	1911	Berlin
P. Heymann	1911	Berlin
F. Massei	1911	Berlin
E. J. Moure	1911	Berlin
P. Hellat	1911	jede grössere mitteleuropäische Stadt
L. Lubliner	1911	Kopenhagen
G. M. Lefferts	1912	Boston
J. W. Gleitsmann	1912	Amerika (Boston)
Chiari	1911	Berlin
Dundas Grant	1911	Berlin.

Es liegen also 6 Stimmen für 1911 und Berlin, eine für Kopenhagen 1911, eine für eine grössere mitteleuropäische Stadt 1911 und zwei für 1912 und Boston vor. Die Mehrzahl hat sich also für 1911 und Berlin ausgesprochen und zwar alle Mitglieder des engeren Comités.

Wir hatten natürlich alle die Absicht, den nächsten internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress zusammen mit dem Otologen-Congress zu veranstalten. Deswegen wandten besonders Moure und ich uns an das internationale Otologen-

Comité, um dieses zu bewegen, den Otologen-Congross auf 1911 zu verlegen. Alle unsere Bemühungen waren aber in dieser Hinsicht vergebens.

So haben denn schliesslich die meisten Herren unseres Comités für 1911 und Berlin gestimmt, doch haben die meisten sich auch dahin ausgesprochen, dass für die Zukunft die äussersten Anstrengungen zu machen seien, damit die Laryngo-Rhinologen und Otologen im Anschluss an einander ihre internationalen Congresse abhalten. Es entspricht ja dies dem Comitébeschlusse in Budapest 1909, welcher Beschluss eben durch den Wunsch sehr vieler Fachcollegen aus allen Ländern hervorgerufen wurde. Das Comité wird sicher weiter dahin arbeiten, dass wenigstens in der Zukunft dieser Wunsch erfüllt wird.

Es würden sich dann Laryngo-Rhinologen mit den Otologen alle 4 Jahre zu einem internationalen Congresse zusammenfinden und zwar zwischen je 2 internationalen medicinischen Congressen, wie das in der October-Nummer von 1909 dieses Centralblattes erörtert wurde. Dort sind auch die Comitébeschlüsse betreffs der Referate, der Congresssprachen etc. einzusehen.

Es ergiebt sich also als Comitébeschluss, dass der dritte internationale Laryngo-Rhinologen-Congress 1911 in Berlin tagen wird. B. Fränkel hat auch bereits in einem Schreiben vom 22. October 1909 erklärt, dass er die Wahl Berlins als eine hohe Auszeichnung betrachten und dafür sorgen würde, dass die Einladung des Congresses von den betheiligten Factoren in aller Form erfolge.

Ferner gereicht es mir zur besonderen Genugthuung, mitzutheilen, dass das Harvard College in Boston am 22. November 1909 den Beschluss gefasst hat: „dass der internationale laryngologische Congress eingeladen wird, seine nächste Zusammenkunft in dem Gebäude der Harvard Medical School abzuhalten.“ Natürlich können wir dieser Einladung nicht Folge leisten, doch werde ich für diese Ehre im Namen des Comités danken.

Zu unserem grossen Bedauern ist unser berühmter amerikanischer College, George M. Lefferts, aus unserem Comité ausgetreten, weil er wegen seines Alters und verschiedener Geschäftsangelegenheiten die Pflichten eines activen Mitgliedes nicht erfüllen könne.

Es obliegt nun noch dem internationalen Comité, die Referate zu bestimmen, sowie auch in Gemeinschaft mit dem localen Berliner Comité das Datum festzusetzen.

Mir erscheint es am besten, drei Tage für die Congressverhandlungen zu bestimmen und den Congress Ende August abzuhalten, weil um diese Zeit sehr viele amerikanische Collegen Europa besuchen und die grösste Hitze bereits vorüber ist.

Ich ersuche deshalb alle Mitglieder des Comités, mir umgehend ihre Ansichten über das Datum und die Dauer des Congresses zukommen zu lassen und zugleich die Themata der drei Referate, sowie je zwei Referenten vorzuschlagen.

Wien I, Bellariastrasse 12, 27. December 1909.

O. Chiari,
Präsident des internationalen Comités der Laryngo-Rhinologen-Congresse.

Begrüssung Felix Semon's durch die Laryngologen in Madrid.

Die spanischen Fachgenossen haben es sich nicht entgehen lassen, Semon bei seiner Anwesenheit in Madrid, wo er auf seiner Reise um die Welt die erste Station machte, einen festlichen Empfang zu bereiten. Wie uns College Tapia mitzutheilen die Güte hatte, war die feierliche Eröffnung der von ihm errichteten neuen Klinik für Hals- und Ohrenkranke bis zur Anwesenheit Semon's verschoben worden. Es fand aus diesem Anlass eine Garden-party mit anschliessendem Lunch statt, woran Vertreter der Regierung, zahlreiche hervorragende Mediciner und Angehörige der Madrider Aristokratie theilnahmen. Aus all den zahlreichen an den gefeierten Gast gehaltenen Ansprachen, in denen er von der Regierung, der medicinischen Facultät Madrids, der Königlichen Academie. der spanischen Gesellschaft für Laryngologie, dem Institut Rubio, der medico-chirurgischen Academie etc. begrüsst wurde, klang die Werthschätzung und Verehrung wieder, deren er sich im Vaterlande Manuel Garcia's erfreut.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Februar. 1910. No. 2.

I. Referate.

Aeusserer Hals, Medicamente, Instrumente.

1) **Goris. Beitrag zum Studium der Halstumoren. (Contribution à l'étude des tumeurs du cou.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. de Chir. etc. No. 8. 1909.*

In der Sitzung der belgischen chirurgischen Gesellschaft vom 30. October 1909 theilt G. zwei Fälle von schwer diagnosticirbaren Halstumoren mit:

1. Eine seröse Cyste des Halses (cystisches Lymphangiom) bei einem 8jährigen Kinde, welches zuerst für ein Lipom, dann aber wegen seines raschen Wachsthums und des hellen Percussionsschalles vom Autor für eine Lungenhernie, von Bardenheuer für ein Angiom gehalten wurde. Die Operation ergab eine seröse Cyste (cystöses Lymphangiom), vermuthlich congenitaler Natur.

2. Bei einem 14jährigen Mädchen bestand eine Geschwulst an der linken vorderen seitlichen Halsgegend, welche im Alter von 7 Jahren entstanden war. Der Autor hält dieselbe für ein diffuses Lymphangiom, welches, sich im Zellgewebe entwickelnd, durch sein Volumen den Kehlkopf deplacirte und durch den beständigen Druck die Clavicula deformirte.

Die Radiographie bestätigte diese Auffassung.

BAYER.

2) **A. Broca** und **Masson** (Paris). **Congenitale Halscysten mit dermo-lymphoider Wand. (Kystes congénitaux du cou à paroi dermo-lymphoide.)** *La Presse Médicale. 11. September 1909.*

Verff. berichten über zwei Beobachtungen bei Patienten von 39 und 23 Jahren. Durch die histologische Untersuchung der excidirten Cystenwand wurde deren lymphoide Natur festgestellt.

GONTIER de la ROCHE.

3) **J. John Kyle. Bericht über einen Fall von tiefem Cervicalabscess infolge Strictur des Oesophagus und Bericht über einen Fall von Purpura haemorrhagica mit Abscess der tiefen Cervicaldrüsen. (Report of a case of deep cervical abscess from stricture of the esophagus and report of a case of purpura hemorrhagica with abscess of the deep cercical lymphatics.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

Im ersten Falle sass die Strictur gerade unter dem Speiseröhrenmund. Nach dem Versuch, Bougies hindurchzubringen, wurde zuerst Erleichterung verspürt, am folgenden Tage jedoch bestand Schmerz und Schwierigkeit beim Schlucken. Exitus. Die Autopsie ergab das Vorhandensein von stinkendem Eiter in der oberflächlichen Cervicalfascie und eine Obliteration des Oesophagus. Verf. meint, die Entzündung sei wahrscheinlich infolge einer Infection vom Oesophagus aus entstanden und der Exitus durch eine Abductorlähmung im Kehlkopf infolge der tiefsitzenden Cervicalentzündung eingetreten.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein Kind mit Streptokokken- und Pneumokokkentonsillitis mit Infection der tiefen cervicalen Lymphdrüsen. Zwei Wochen später trat eine plötzliche Blutung aus der rechten Tonsille auf und später ein grosses Blutextravasat über der rechten Clavicula und weiterhin andere Extravasate am ganzen Körper. Die Clavicularschwellung ging in Eiterung über und das Kind starb.

EMIL MAYER.

4) **Broeckaert** (Gand). **Ueber einen Fall von Rhino-Pharyngocele. (A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle.)** *Congrès de Chirurgie. Paris, 4. October 1909. Revue hebdomadaire de laryngologie. No. 49. 1909.*

Beobachtung eines Lufttumors bei einem einige Monate alten Kinde; der Tumor hatte, wenn das Kind schrie oder weinte, die Grösse einer Orange und liess sich völlig reponiren.

Beim Abtasten des Nasenrachenraums kann man constatiren, dass die Rosenmüller'sche Grube anormal entwickelt ist. Drückt man den Finger gegen diese Stelle, so kann sich der einmal reponirte Tumor nicht wiederbilden.

Es handelt sich um eine besonders ausgesprochene Form von Pertich'schem Diverttkel, einer angeborenen Missbildung, die durch partielles Persistiren der zweiten Kiemenspalte entsteht.

GONTIER de la ROCHE.

5) **Batut** (Marseille). **Grosse supra-hyoidale Dermoidcyste. (Kyste dermoide sus-hyoidien volumineux.)** *Société de Chirurgie de Marseille. 27. Mai 1909.*

Der ungefähr eigrosse Tumor wurde auf suprahyoidalem Wege entfernt. Die Punction hatte einen serösen Inhalt ergeben.

GONTIER de la ROCHE.

6) **Veau. Zwei Fälle von Entfernung der Thymus. (Deux cas d'ablation du thymus.)** *Société de pédiatrie. 19. Juni 1909.*

V. hat bei zwei Kindern mit Stridor einen Theil der Thymus entfernt. Im ersten Falle litt das Kind an Suffocationsanfällen mit Cyanose; es trat sofort Besserung auf, nachdem der obere Theil des linken Lappens in Grösse einer Haselnuss exstirpirt worden war.

Im zweiten Fall, in dem Einziehungen und Stridor bestanden, wurde der ganze linke und die Hälfte des rechten Lappens entfernt, im Ganzen $4^1/_2$ g an Gewicht. Das Resultat war negativ.

Der Eingriff ist nur gerechtfertigt, wenn eine wirkliche Hyperplasie der Thymus vorliegt.

A. CARTAZ.

7) W. Hinrichs. **Behinderung der Athmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu grosse Thymus bei einem 10 Wochen alten Kinde. Operation. Heilung.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Hervorzuheben ist die Thatsache, dass zuerst Schluckbeschwerden und erst später Athemstörungen sich einstellten.

OPPIKOFER.

8) **Dimitrios Styl. Dimitriadis** (Athen). **Ueber Inhalationen im Alterthum und die mannigfachen Methoden derselben zur Heilung der verschiedenen Krankheiten mit zwei Abbildungen eines antiken gläsernen Inhalationsgefässes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie. Heft 11. 1909.*

Der über obiges Thema auf dem internationalen Aerztecongress in Budapest 1909 gehaltene Vortrag enthält zahlreiche historische Quellenangaben unter Mittheilung der entsprechenden therapeutischen Verordnungen. Das in der Arbeit abgebildete Glasgefäss befindet sich im Vasensaal des Athener Centralmuseums und wird vom Autor als Inhalationsgefäss angesprochen.

HECHT.

9) **A. Hartmann** (Berlin). **Eine einfache Inhalationsmaske.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 52. S. 2261. 1908.*

Eine der Gesichtsform angepasste mit Gummibändern zu befestigende Maske aus feinem Drahtgewebe. Die zu inhalirenden flüchtigen Substanzen (Menthol, Eukalyptol, Ol. pini, Ol. terebinth., Bromoform) werden am besten mit Ungt. paraffini zu gleichen Theilen vermischt, auf die Maske aufgepinselt. Die Maske kann auch als Respirator benutzt werden und mit einer aus einer beigefügten Abbildung ersichtlichen Modification auch als Chloroformirmaske.

ZARNIKO.

10) **Hirschberg** (Berlin-Fichtenau). **Cethal-Inhalationsapparat zur Behandlung von Erkrankungen der Athmungsorgane.** *Med. Klinik. 51. 1909.*

Bei dem Apparat kann warme mit dem Arzneistoff beladene Luft bis in die tiefsten Partien der Nase, des Rachens und der Lunge eindringen.

SEIFERT.

11) **L. M. Chesney** (London). **Anwendung von Thorium und Radium bei einigen Erkrankungen des Rachens und Kehlkopfs. (Use of Thorium and Radium in some diseases of the pharynx and larynx.)** *Practitioner. London. Vol. 83. p. 233.*

Verfasserin hat zur Unterstützung der Sanatoriumbehandlung der Larynx- und Lungentuberculose sich in 5 Fällen des durch Ammonium neutralisirten Thoriumnitrats bedient. Es scheint, als ob sie die Besserung der Kehlkopfsymptome mit zu wenig Berechtigung mehr dem Gebrauch des Thoriums als der Ruhe und der sonstigen Behandlung zuschreibt. Sie behauptet auch, günstige Wirkungen der Inhalationen bei nicht-tuberculöser Pharyngitis und Laryngitis gesehen zu haben, jedoch werden keine Details mitgetheilt. Radium wurde so angewandt, dass

2,5 mg Radiumbromid in einem an einer Kehlkopfsonde angebrachten Ball in den Larynx eingeführt und 2 mm von der Oberfläche der Stimmlippen- oder Hinterwandgeschwüre entfernt gehalten wurde. Dies wurde 3—4 mal täglich eine halbe Minute lang gethan; die Resultate waren unbefriedigend. JAMES DONELAN.

12) **Bruck** (Berlin). **Das Cocain in der rhinologischen Praxis.** *Med. Klinik. 49. 1909.*

Eucain, Alypin, Novocain sind keine Ersatzmittel des Cocains, sie werden es erst durch Zusatz eines Nebennierenpräparates. Bruck glaubt nicht, dass die acute Cocainvergiftung so häufig sei, wie dies vielfach angegeben wird.

SEIFERT.

13) **Perl** (Berlin). **Ueber Propaesin und seine schmerzstillende Wirkung.** *Med. Klinik. 50. 1909.*

Bei Angina und vor allem bei schwerer Larynxtuberculose wurde durch Auf- resp. Einblasen auffällige Minderung der Schmerzen erzielt. Die Propaesintabletten schmecken zwar angenehm, bleiben aber an Effect hinter dem Pulver zurück.

SEIFERT.

14) **A. v. Kirchbauer** (Nürnberg). **Ueber Coryfin und seine Anwendung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. S. 2224. 1908.*

Verf. hat das von den Elberfelder Farbenfabriken hergestellte Coryfin (Aethylglycolsäureester des Menthols) bewährt gefunden beim acuten Schnupfen, beim chronischen Schnupfen, bei Kehlkopf-, Luftröhren-, Bronchialkatarrh, ferner (äusserlich angewandt) bei Neuralgien. ZARNIKO.

15) **J. Garel. Eine Umwälzung in der Rhinoscopia posterior durch das Rhinoskop von Harald Hays. (Une revolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope de Harald Hays.)** *Annales des maladies de l'oreille. du larynx etc. Tome XXXV. No. 11.*

Garel giebt eine Beschreibung und zwei Abbildungen des von Harald Hays erfundenen Pharyngoskops, dessen Technik so leicht ist, dass jeder Arzt in wenig Minuten sich die sonst schwieriger zugänglichen Theile des Cavums vor Augen führen kann. Der Apparat gestattet auch eine ebenso leichte Inspection des Larynx, namentlich der vorderen Commissur. LAUTMANN.

16) **Harald Hays. Ein elektrisch erleuchtetes Pharyngoskop. Eine neue Methode zur Untersuchung von Larynx und Nasenrachen. (An electrically lighted Pharyngoscope. A new method of examining the larynx and nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 17. April 1909. American Journal of Surgery. Mai 1909.*

Das Instrument besteht aus einem horizontalen und verticalen, durch ein Schraubengewinde mit einander verbundenen Theil; an dem verticalen Theil ist der Handgriff und die Anschlussvorrichtung für die Leitungsdrähte. Der horizontale Theil, der wie ein Zungenspatel auf die Zunge gedrückt wird, trägt an seinem Ende einen kleinen Spiegel und zu jeder Seite desselben ein Mignonlämpchen. Der optische Apparat hat grosse Aehnlichkeit mit einem Cystoskop. Je nachdem

der Spiegel nach oben oder unten gedreht wird, kommt der Nasenrachen oder Kehlkopf zu Gesicht. Verf. rühmt als besonderen Vorzug des Instruments, dass es auch dem mit der postrhinoskopischen Technik nicht vertrauten Practiker ermöglicht, den Nasenrachen — selbst bei Kindern — leicht zu untersuchen, dass es auch bei bewusstlosen Patienten angewandt werden kann. Besonders eignet es sich, um die Seitenwände des Nasenrachens und die Gegend der Eustachischen Tuben zu Gesicht zu bringen.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **E. A. Rothmann. Die Beseitigung des Gesichtserythems — rothe Nase — durch prolongirte innerliche Anwendung von Adrenalin. (The removal of erythema from the face — red nose — by the prolonged internal administration of Adrenalin.)** *Lancet. 19. Januar 1909.*

Fünf Tropfen von 1 prom. Adrenalinlösung werden dreimal täglich 4 bis 5 Monate lang mit kurzen Intervallen gegeben. Bericht über 3 Heilungen.

ADOLPH BRONNER.

18) **Vincenzo Montesano. Lupus erythematodes der Nase mit Raynaud'schem Symptomencomplex. (Lupus erythematodes del naso associato a sindrome del Raynaud.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Bericht über einen 30jährigen Mann, der diese beiden seltenen Affectionen gleichzeitig darbot. Es handelte sich um die als Lupus erythematosus discoides bezeichnete Form an der Nase, während an den Händen sich eine beginnende symmetrische Gangrän fand.

FINDER.

19) **F. Autié. Die Abscesse der äusseren Nase und der Nasenhöhle. (Les abcès du nez et des fosses nasales.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

A. bespricht vorerst die Abscesse, die aussen an der Nase entstehen können, dann die Septumabscesse. Im Ferneren werden Tuberculose und Syphilis kurz erwähnt, Abscesse durch Fremdkörper und Abscesse nach Paraffininjectionen. Verf. bespricht in seiner kurzen Arbeit auch „die Abscesse der äusseren nasalen Wand“ (eiternde Knochenblasen, Ethmoiditis). Die wenige Literatur ist einseitig berücksichtigt.

OPPIKOFER.

20) **W. W. Carter. Die Behandlung von Fracturen und Einsenkungen der Nase mittels einer neuen Methode. (The treatment of fractures and depressed deformities of the nose by a new method.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Verf. hat einen Apparat zur orthopädischen Behandlung der Nasendeformitäten angegeben, dessen Beschreibung sich im Referat nicht wiedergeben lässt. Er beruht auf dem Princip, dass der beste Weg zur Correction einer Deformität darin besteht, dass man die Richtung der Kraft, die jene Deformität hervorgebracht hat, umkehrt.

EMIL MAYER.

21) **Eugene S. Talbot. Aetiologie von Gesichts-, Nasen- und Kieferdeformitäten. (Aetiology of face, nose and jaw deformities.)** *N. Y. Medical Journal. 3. April 1909.*

Wo Bildungshemmungen des Kiefers vorhanden sind, da giebt es auch Nasenstenosen mit Atrophien und Hypertrophien und Deformitäten der Nasenknochen und der Schleimhaut. Beide Zustände gehen Hand in Hand; sie hängen nicht — wie man früher annahm — in ausgesprochenem Maasse von einander ab, sondern sind beide die Folge eines labilen Nervensystems. Die erfolgreiche Behandlung des einen muss von günstigem Einfluss auf den anderen sein. LEFFERTS.

22) **John O. Roe. Die Correction von Nasendeformitäten. (The correction of nasal deformities.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Verf. schildert die Umstände, die bei der subcutanen Methode von Seiten des Arztes die grösste Sorgfalt und Geduld erforderlich machen: es darf nicht zu viel und nicht zu wenig Gewebe fortgenommen werden, und eine Verletzung der Haut muss sorgfältigst vermieden werden; die subcutanen Wunden heilen sehr langsam und die Nachbehandlung darf nicht zu früh abgebrochen werden.

EMIL MAYER.

23) **R. H. Allen. Neues Verfahren zur Bildung neuer Nasen. (New process of making new noses.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Das vom Verf. empfohlene Verfahren besteht darin, dass zuerst ein hohles metallisches Gerüst für die neuzubildende Nase gemacht wird. Dann wird in der Gingivolabialfalte eine Incision gemacht, die Gesichtsmaske nach oben gezogen, bis die Gegend des Nasendefects vollkommen frei liegt. Dann wird das metallische Gerüst durch die Wunde unter die Lippe geschoben, wo es liegen bleibt. Die Wunde wird durch Naht geschlossen. LEFFERTS.

24) **Goyanes** (Madrid). **Ein interessanter Fall von Rhinoplastik. (Un caso intersante de rinoplastia.)** *Revista Clinica de Madrid. 15. April 1909.*

Verf. beschreibt eine neue sehr originelle Methode, die auf der Idee der bitegumentären Plastik beruht. Die Resultate waren ausgezeichnet. TAPIA.

25) **O. Kraftmeier. Plastischer Ersatz bei Defect der Nase und Deformität der Oberlippe.** *Dissert. Kiel 1908.*

Beschreibung der verschiedenen Verfahren der Rhinoplastik und Mittheilung eines Falles von Nasen- und Lippenplastik bei einer Lupuspatientin aus der chirurgischen Klinik von Helferich. OPPIKOFER.

26) **Dermann** (Jugowska). **Beiträge zum histologischen Bau der knorpeligen Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung des Hämatoms.** *Dissert. Bern 1909.*

Verfasserin sah an einer erwachsenen Leiche vorn in dem mit Plattenepithel bedeckten Knorpeltheil des Septum einen bisher nicht beachteten grossen Spaltraum mit endothelartiger Auskleidung, welche in das Endothel der an dieser Stelle dem Septum anliegenden Venen beider Seiten überging; also eine Anastomosenbildung zwischen beiden Venen durch das Septum hindurch. Diese Anastomosen fand sie

bei 3 Septen, auch eines 10jährigen Mädchens und eines Neugeborenen. Verfasserin hält diese Anastomosen von grosser Wichtigkeit für die Entstehung des nicht traumatischen Hämatoms. Dasselbe sei vielleicht gar keine Extravasationsgeschwulst, sondern eine Varixbildung. Endlich frage es sich, ob nicht das Ulcus perforans in Zusammenhang mit den communicirenden Anastomosen zu bringen sei? Es ergäbe sich hierbei histologisch Coagulationsnekrose des Epithels, der Schleimhaut und des Knorpels. Die Thrombenbildung beförderte die Invasion pyogener Bakterien. JONQUIÈRE.

27) **Richard. Betrachtungen über Nasenscheidewanddeviationen. (Considérations sur les déviations de la cloison nasale.)** *Archives médic. Belges. November 1909.*

Der Autor behandelt die Frage vom militärärztlichen Standpunkte aus und kommt dabei zu dem Schluss, dass die Deviationen sich häufig bei Soldaten vorfinden, aber selten so ausgesprochen sind, dass sie die Athmung ernstlich beeinträchtigen und so die Entlassung aus dem Militärdienst rechtfertigen.

BAYER.

28) **B. von Gámán** (Kolozsvar, Ungarn). **Septumluxation, mit Elektrolyse geheilt.** *Orvosi Hetilap. No. 34. 1909.*

Die Anwendung 30—40 M.-A. starken bipolaren Stromes 5—10 Minuten lang ergab nach drei Sitzungen vollständige Heilung. v. NAVRATIL-POLYAK.

29) **Infante** (Salamanca). **Septumdeviationen und ihre chirurgische Behandlung. (Deviaciones del tabique y des tratamiento quirurgico.)** *Doctoratsthese. April 1909.*

Verf. plaidirt für Anwendung der submucösen Methode in allen Fällen.

TAPIA.

30) **M. Petit. Betrachtungen über die gegenwärtig geübte Chirurgie der Nasenscheidewand. (Considérations sur la chirurgie actuelle du septum nasal.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Verf. giebt, ohne Kritik zu üben, eine kurze Uebersicht über alle die zahlreichen Operationsmethoden, die an der Nasenscheidewand ausgeführt werden können. Nicht zutreffend ist die Angabe, dass alle Rhinologen abrathen, an der Nasenscheidewand des Kindes zu operiren. OPPIKOFER.

31) **Irving Voorhes. Submucöse Septumresection. (Submucous resection of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Februar 1909.*

Der Artikel giebt eine genaue Darstellung der Technik der Operationsmethode, die den Zweck hat, dem allgemeinen Practiker von ihr eine richtige Vorstellung zu verschaffen. LEFFERTS.

32) **Garcia Vicente** (Madrid). **Die submucöse Septumresection. (La reseccion submucosa del tabique nasal.)** *Vortrag, gehalten im Atene medico-quirurgico der Beneficiencia municipal. Februar 1909.*

Nach einer sorgfältigen vergleichenden Studie der verschiedenen Methoden

kommt Verf. auf Grund von zahlreichen Fällen, die auf der Tapia'schen Klinik und von ihm selbst operirt wurden, zu dem Ergebniss, dass die submucöse Methode die beste ist.

TAPIA.

33) **H. Horn. Die Schwierigkeiten und Complicationen der submucösen Operation bei Scheidewanddifformitäten.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 115. 1909.*

H. zieht im Grossen Ganzen die Freer'schen Instrumente denjenigen von Killian vor. Auch zur Anästhesirung benutzt H. die von Freer angegebene Methode: Nach Adrenalisirung wird fein gepulvertes oder feines crystallisirtes Cocain mit einem kleinen feuchten Wattepinsel in die Schleimhaut eingerieben; Intoxicationssymptome wurden nicht beobachtet. Bei der perineuralen Injection nach den Angaben von Killian sah H. eine Patientin unmittelbar nach der Einspritzung ohnmächtig werden; bei einer anderen Patientin stellte sich sofort nach der Einspritzung ein plötzlicher unerträglicher Kopfschmerz ein.

Als einfaches und zugleich hervorragendes Tamponadematerial empfiehlt H. das von Freer empfohlene „sterilized absorbent lint".

Unter den 110 Septumresectionen, die H. ausführte, entstand bei 8 eine dauernde Septumperforation.

Ueberraschend ist die grosse Zahl von unangenehmen Zufällen, die der Autor beobachtete: Bei 13 stellte sich eine Tonsillitis ein; in einem dieser Fälle schloss sich an die Mandelentzündung eine schwere Peri- und Endocarditis mit nachträglich andauerndem Herzfehler; 3 mal sah H. eine acute Mittelohreiterung eintreten, 4 mal sind schwere Blutungen während der Operation notirt. In zwei Fällen entwickelte sich ein Septumabscess, 1 mal eine Perichondritis; 2 mal passirte es dem Autor, dass „er bei vollständiger Entfernung des Vomers in die Keilbeinhöhle eingebrochen war"; doch heilten diese Fälle ohne Nachtheil.

OPPIKOFER.

34) **Réthi** (Wien). **Operationen an der Nasenscheidewand im jugendlichen Alter.** *Med. Klinik. 31. 1909.*

Es ist von Vortheil, bei Kindern principiell möglichst viel von den festen Septumbestandtheilen zu erhalten und namentlich von den Vorsprüngen nicht zu viel zu entfernen, um das Septum seiner Stütze nicht zu berauben, da dasselbe während seines Wachsthums einer solchen zuweilen bedarf, und es wird sich empfehlen, die Indicationsgrenzen bei Operationen von Nasenscheidewandverbildungen im jugendlichen Alter noch enger zu ziehen als bei Erwachsenen.

SEIFERT.

35) **Sieur** und **Rouvillois. Behandlung der Difformitäten der Nasenscheidewand mittels der subcutanen Methoden. (Traitement des malformations de la cloison nasale par les procédés sousmuqueux.)** *Revue hebd. No. 30. 1909.*

Genaue Beschreibung der Killian'schen Technik. Die Resultate der beiden Autoren sind sehr günstig, weil die Soldaten (junge, kräftige Männer) das Material abgeben und die Operation nicht ambulatorisch ausgeführt wird.

LAUTMANN.

36) C. W. Richardson. **Die operative Behandlung der Nasenscheidewandverbiegung. (The operative treatment of deflection of the nasal septum.)** *Journal of the American Medical Science. Februar 1909.*

Verf. wägt die Vortheile und Nachtheile der alten Methode der Geraderichtung des Septums gegenüber der submucösen Resection ab. Er kommt aber schliesslich zu dem Schluss, dass in den Händen eines guten Operateurs die letztere Methode vorzuziehen ist.

EMIL MAYER.

37) G. H. Cocks. **Submucöse Septumresection; mehr Conservatismus bei der Auswahl der Fälle. Operationstechnik. (Submucous resection of the nasal septum; need of more conservatism in selection of cases. Technic of operation.)** *American Journal of Surgery. Juli 1909.*

Bei vielen Patienten entsteht durch ausgiebige Entfernung des knorpeligen und knöchernen Septums häufig ein zu weiter Raum für die Nasenathmung. Die Folge ist Trockenheit der Nase, Ansammlung des Secrets, Nasopharyngitis nebst ihren Begleiterscheinungen von Seiten der Eustachischen Tube und des Mittelohrs.

Wenn also die Beschwerden des Patienten beseitigt werden können durch die einfache submucöse Abtragung der Leiste, so ist das beste, sich mit diesem verhältnissmässig einfachen Eingriff zu begnügen.

EMIL MAYER.

38) Johann Fein (Wien). **Ein Beitrag zur Vereinfachung der submucösen Fensterresection.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol Heft 8. 1909.*

Fein empfiehlt statt der ausgedehnten Abhebelung der Schleimhaut der contralateralen Seite durch den engen geraden Knorpelschnitt, die die Gefahr einer Schleimhautverletzung dieser Seite in sich birgt, „nach Ablösung der Schleimhaut der einen Seite zunächst durch mehrere entsprechende Schnitte in den Knorpel — unter Augencontrole oder Fingerschutz der entgegengesetzten Seite — eine nach allen Seiten umschnittene Knorpelscheibe abzugrenzen, welche nur noch mit der einen Fläche an der Schleimhaut bezw. dem Perichondrium der contralateralen Seite haftet“. Diese Knorpelplatte lässt sich dann leicht mittels Elevatorium oder Hakenpincette von der Schleimhaut der anderen Seite abheben, wodurch die Gefahr einer Schleimhautverletzung dieser Seite ausgeschaltet wird. Das auf diese Weise entstandene grosse Fenster im Knorpel erleichtert das Weiterarbeiten nach allen Richtungen bedeutend· Nun kann man in der Operation in der typischen Weise fortfahren oder auf die gleiche Weise weitere Knorpelplatten umschneiden und abheben. Am Knochen lässt sich natürlich diese Methode nicht durchführen.

HECHT.

39) Gab. Hicguet. **Die submucöse Resection der Nasenscheidewand nach dem Vorgehen von Killian. Technische Indicationen. Resultate. (La résection sous-muqueuse de la cloison selon le procédé de Killian. Indications techniques. Résultats.)** *La Policlinique. No. 3. 1909.*

Angesichts der wunderbaren Resultate, welche die Killian'sche Methode liefere, verlören alle Einwürfe ihren Werth. Dieselben seien nicht bloss perfecte, sondern auch definitive. Aber nicht alle Fälle eigneten sich für die Methode, und

sei die Wahl eine Sache des Urtheils und der Erfahrung. Der Autor zögert nicht, auf Grund seiner Resultate die Behauptung aufzustellen, dass das submucöse augenblicklich das beste chirurgische Verfahren für die Behandlung von Nasenscheidewandmissbildungen sei und eine der vollendetsten Errungenschaften der modernen Rhinologie. BAYER.

40) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Ueber die Indicationen für die Aufdeckung der Nasenscheidewand vom Munde her.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 7. 1909.*

Prioritätsansprüche bezüglich der Benennung dieses Verfahrens gegenüber Kretschmann und Polemik gegen die absprechende Kritik Brünings über die orale Septumresection. Anschliessend eingehende kritische Erörterung über Vorzüge und Nachtheile der endonasalen und der oralen Methoden, als deren Résumé Autor zu dem Schlusse kommt, dass die orale Methode nach den bisherigen Erfahrungen bei 5 Typen der endonasalen Septumfreilegung vorzuziehen sei. Löwe verbreitet sich des Weiteren über die Technik der oralen Methode und deren drei bisher angewandte Modificationen. Die Literatur enthält bisher 59 auf oralem Wege operirte Fälle, unter denen sich 52 des Verf.'s befinden. Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden. HECHT.

41) **Botey** (Barcelona). **Neue Betrachtungen über die Botey-Killian'sche Operation. (Nuevas consideraciones sobre la operacion de Botey-Killian.)** *Árchivos de oto-rino-laringologia. September 1908.*

Verf. erachtet die Operation nur in 5 pCt. der Fälle von Septumverbiegung für nothwendig. Er giebt eine ausführliche Darstellung der Frage und betont seine Priorität in der Ausführung der Operation gegenüber Killian. TAPIA.

42) **Septumverbiegungen. (Deformities of the nasal septum.)** (Discussion in der Section für Augen-, Hals- und Nasenkrankheiten des Australasian Medical Congress, 19. bis 22. October 1908 in Melbourne.)

A. J. Brady theilt die Deviationen ein in knöcherne, knorpelige und solche, die sowohl den knöchernen wie den knorpeligen Abschnitt des Septums betreffen. Er beschreibt die durch Septumverbiegungen hervorgerufenen Athembehinderungen und geht auf die Frage der Reflexneurosen ein. Nach seiner Erfahrung sind Heufieber und Asthma oft reflectorisch hervorgerufen durch den Druck von Leisten und Spornen des knöchernen Septums und von Verbiegungen des knorpeligen Septums auf die Muscheln. Er schildert die submucöse Resection als beste in Frage kommende Operationsmethode für Deviationen des knorpeligen Septums. Er verwirft die Methode, das knorpelige Septum ganz und das knöcherne zum grossen Theil zu entfernen, wie sie in der Literatur öfter angerathen wird. Man soll die Theile des knöchernen Septums, die nicht eine Athembehinderung oder eine reflectorische Störung verursachen, nicht entfernen. Es müssen die vorspringenden Leisten und Dornen beseitigt werden, aber es ist nicht nöthig, die ganze Dicke des Knochens fortzunehmen. Es ist manchmal besser, eine getrennte Ope-

ration für jeden Abschnitt des Septums vorzunehmen, als eine grosse Fensterresection, durch die Knochen und Knorpel gleichzeitig entfernt werden.

A. J. BRADY.

43) **Chorazycki. Submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Podsluzowe wyluszczenie pkegrody nosowej.)** *Gazeta Lekarska. No. 30, 1909.*

Verf. hat in einem in der Warschauer laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage die verschiedenen Methoden der submucösen Operation des Septum nasi besprochen und glaubt, dass die Killian'sche Methode die beste ist. Nach ihr operirte Verf. viele Fälle und bespricht die dabei vorkommenden verschiedenen Schwierigkeiten.

A. v. SOKOLOWSKI.

44) **John W. Avery. Das Avery'sche Septotom. (The Avery nasal septotome.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1909.*

Das hier abgebildete Instrument dient zur schnellen und sorgfältigen Incision des Mucoperichondriums und später des Knorpels bei der submucösen Resection. Ein Indicator am Handgriff zeigt die Länge der freigelegten Klinge und auf diese Weise die Tiefe der Incision an.

LEFFERTS.

45) **W. Aull. Ueber Septumabscesse.** *Dissert. Würzburg 1908.*

Eingehende Besprechung von 4 an der Universitätspoliklinik (Prof. Seifert) beobachteten Fällen von Septumabscessen unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Literatur.

OPPIKOFER.

46) **G. J. Parsons. Abscess der Nasenscheidewand wahrscheinlich infolge von Milzbrandinfection. (Abscess of the nasal septum probably due to anthrax infection.)** *Journal American Medical Association. 14. November 1908.*

Von dem Eiter des Abscesses wurden Ausstrichpräparate gemacht und in diesen Bacillen gefunden, deren Aussehen charakteristisch für Milzbrandbacillen war. Leider wurden keine Culturen angelegt. Eiterkokken wurden nicht gefunden. In der Folge bekam Patient zwei Blasen auf dem Handrücken; die Infection kam dadurch zu Stande, dass er sich mit der Hand die Nase wischte; der in ihnen enthaltene Eiter glich dem in der Nase enthaltenen. Die Blasen wurden geöffnet und cauterisirt, sonderten jedoch noch 8 Tage lang ab. Die Absonderung aus der Nasenwunde hielt ungefähr einen Monat lang an; sie verschwand allmählich. Patient heilte ohne Zerstörung des Septums.

EMIL MAYER.

47) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber die chirurgische Behandlung der Tuberculose der Nasenscheidewand.** *Orvosi Hetilap. No. 35. 1909.*

O. theilt einen Fall mit, in welchem er nach Spaltung der Nase die Scheidewand in 38 mm Länge und 30 mm Breite entfernt hat.

v. NAVRATIL-POLYAK.

c. Mundrachenhöhle.

48) **P. C. van Rossem** (Amsterdam). **Angeborene einseitige Ankylose des Unterkiefers. (Aangeboren eenzydige ankylose van de onderkaab.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 62. 1909.*

Demonstration eines Säuglings von 6 Monaten, der seit der Geburt den Kiefer nicht zu öffnen im Stande gewesen. Das Kind ist gesund und nimmt die Flasche ohne Anstand. Der Unterkiefer zeigt sieh völlig unbeweglich infolge von linksseitiger Ankylose des Kiefergelenkes. Keine Narben; keine Entzündung. Autor fand einen analogen Fall in der Literatur nicht.

In der Discussion erwähnt Timmer einen ähnlichen Fall, bei dem Kieferresection gemacht und eine Pseudarthrose hergestellt worden war. Das Resultat war zufriedenstellend; allein der Kiefer war im Wachsthum stark zurückgeblieben.

H. BURGER.

49) **Fritz König** (Altona). **Ueber Unterkieferoperationen und Unterkieferersatz.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1909.*

König empfiehlt nach Resectionen oder Exarticulationen am Unterkiefer die Anbringung von Ersatzstücken, und zwar je nach Lage des Falles Implantationsprothesen oder zahnärztliche Prothesen, die im Munde, an den Zähnen fixirt, „wie ein künstliches Gebiss" getragen werden. Autor beschreibt eingehend Technik und Nachbehandlung, bei der auch mit der Sauer'schen „schiefen Ebene" schöne Erfolge erzielt werden.

HECHT.

50) **H. Ropcea. Zur Kenntniss der Tuberculose du Unterkiefers.** *Dissert. Berlin 1908.*

Verf. fand in der Literatur der letzten Jahre 19 Fälle von Unterkiefertuberculose verzeichnet. Diesen Fällen fügt er eine weitere Beobachtung aus der Klinik von Professor Hildebrand an: Bei dem 4 jährigen, erblich nicht belasteten Mädchen bestand neben der Unterkiefertuberculose, die operirt wurde, eine allgemeine Drüsentuberculose und eine Tuberculose der Lungen und der Wirbelsäule. Exitus.

OPPIKOFER.

51) **J. Perizeau. Enchondrom des Unterkiefers. (Enchondrome du maxillaire inférieur.)** *L'Union Médicale du Canada. Mai 1908.*

Der Fall betraf ein 15 Jahre altes Mädchen.

EMIL MAYER.

52) **Moretin. Pulsirendes Angiom des Unterkiefers. (Angiome pulsatile du maxillaire inférieur.)** *Société de Chirurgie. 2. November 1909.*

Der Tumor hatte gelegentlich kleiner Eingriffe (Zahnextraction, Resection eines Stückes vom Kiefer etc.) zu schweren Blutungen Anlass gegeben. Verf., der zuerst die Absicht hatte, den Sack zu curettiren, nachdem er übrigens alle Gefässe auf der betreffenden Seite unterbunden hatte, musste in aller Eile die Hälfte des Kiefers reseciren, da der Zustand des Kranken infolge der Blutung höchst besorgnisserregend wurde. Es handelte sich um ein wirkliches Angiom, nicht etwa um die angiomatöse Umwandlung eines Tumors.

GONTIER de la ROCHE.

53) **Goris. Beitrag zur Technik der Autoplastik nach der Resection des Oberkiefers. (Contribution à la technique de l'autoplastie après la résection du maxillaire supérieur.)** *La Presse otolaryng. Belge. No. 1. 1908.*

Mittheilung auf der Versammlung der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft am 8. bis 9. Juni 1907; vergl. Bericht. PARMENTIER.

54) **Charles M. Robertson. Die Anatomie und Physiologie der Tonsille. (The anatomy and physiology of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. bespricht bei der Physiologie der Tonsillen auch den Zusammenhang zwischen diesen und Stimmbildung. Er hat vier Patienten beobachtet, bei denen Stimmverlust durch Entfernung der Tonsillen geheilt wurde. Bei diesen Personen war nur ein Stimmregister afficirt, und zwar am häufigsten das mittlere.

LEFFERTS.

55) **G. H. Wright. Functionelle Beziehungen zwischen Tonsillen und Zähnen. (Functional relation of the tonsil and the teeth.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1909. Boston Medical and Surgical Journal. 10. März 1909.*

Verf. beschreibt 19 Fälle und kommt nach einer Erörterung der Anatomie zu folgenden Schlüssen:

1. Wenn eine Tonsille normal ist, so ist eine Infection von ihrer Oberfläche selten.

2. Secundäre Infection durch die Lymphcanäle ist der gewöhnliche Weg.

3. Es giebt vier Perioden der Molareruption, die einigen zeitlichen Schwankungen unterworfen sein können, während deren eine Vergrösserung der Tonsillen ohne Infection oder Entzündung eintreten kann.

4. Tonsillen, die leicht hypertrophirt sind, werden, wenn sie nicht inficirt sind, wieder völlig normal, sobald die Zähne vollkommen durchgebrochen sind.

5. Erkrankte Zähne bilden eine ergiebige Quelle für Anschwellung der Mandeln.

6. Man sollte bei der Behandlung der Tonsillen auch auf cariöse Zähne achten und an jene oben erwähnten vier Eruptionsperioden denken, die mit leichter Mandelanschwellung zusammenfallen. EMIL MAYER.

56) **Louis C. Beane. Die Gaumentonsillen vom medicinischen und chirurgischen Standpunkt aus betrachtet. (The faucial tonsils considered from a medical and surgical standpoint.)** *California State Journal of Medicine. März 1909.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die von anderen in Bezug auf die Fähigkeit der Tonsillen, corpusculäre Elemente und Bakterien zu resorbiren, gemachten Experimente und über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte.

EMIL MAYER.

57) **Dandois. Studie über die Pathologie und Therapie der Gaumenmandel. (Etude sur la pathologie et la thérapeutique des amygdales palatines.)** *Revue Méd. de Louvain. No. 2. 1909.*

Der Autor bemüht sich darzuthun, dass es ein Missbrauch war, wenn sich

die Chirurgen von jeher durch die sogenannten „classischen“ Störungen der Mandelhypertrophie in Bezug auf Deglutition, Audition, Respiration, Sprache sowie Allgemeinzustand, veranlasst gefühlt haben, dieselben vielfach zu entfernen oder zu zerstören. Die Unterdrückung der Mandeln wegen einfacher Volumenszunahme sei einzuschränken; etwas anderes sei es, wenn es sich um eine Infection derselben handle. Diese verlange öfter, als man gewohnt sei, eine Intervention, ja sogar dringender Weise, was aber noch nicht unverzüglich sagen wolle.

BAYER.

58) **Hess** (Bad Nauheim). **Ueber Erkrankung und Behandlung des lymphatischen Schlundringes in ihrer Bedeutung für Gelenkrheumatismus und Herzkrankheiten.** *Med. Klinik. 47. 1909.*

Bei der grossen Bedeutung der acuten, sowie der chronischen Entzündungsprocesse des lymphatischen Rachenringes, speciell der Gaumentonsillen, für die Entstehung rheumatischer und Herzerkrankungen ist in prophylactischer Beziehung auf eine sorgfältige Hygiene des Mundes und des Rachens zu achten und der Therapie der acuten und chronischen Mandelentzündungen die grösste Berücksichtigung zuzuwenden.

SEIFERT.

59) **T. A. Pratt. Tuberculöse Infection durch die Mandel und Adenoiden. (Tuberculous infection through the tonsil and adenoid.)** *N. Y. Medical Journal. 7. August 1909.*

Verst steht auf dem Standpunkt, dass die Mandeln keine nützliche Function haben und besser zu entfernen sind. Um ihre Bedeutung als Eintrittspforte ins rechte Licht zu setzen, schildert er die Versuche mit Injection von Tuscheaufschwemmungen in die Tonsillen von Ratten und Hunden. Verf. meint, dass die Mandeln für die tuberculöse Infection der Lymphdrüsen am Hals, des Larynx und der Lungen mehr als alle anderen Quellen in Betracht kommen und dass sie in allen Fällen von Tuberculose gründlich entfernt werden sollten.

LEFFERTS.

60) **Dandois. Die in grossen Linien skizzirte Behandlung der Mandelinfectionen. (Le traitement esquissé à grandes lignes des infections amygdaliennes.)** *Revue Médicale de Louvain. No. 12. 1909.*

Die Entfernung der Mandeln mit der Ruault'schen Mandelzange ist für den Autor die Idealmethode.

BAYER.

61) **Liebl** (Seefeld). **Ueber eine Endemie von Tonsillitis mit Sepsis.** *Medic. Klinik. 2. 1910.*

In einem Bezirke seines ausgedehnten Rayons (in Thüringen) beobachtete Verf. bei 9 Fällen von primärer Angina Pneumonien in einem verhältnissmässig kurzen Zwischenraum und beschränkt auf 4 Häuser, zu gleicher Zeit in einem anderen vollständig abgesonderten Theile seines Rayons eine Tonsillitis mit den Symptomen der Pyämie.

SEIFERT.

62) **Brindel** (Bordeaux). **Einige Betrachtungen über die acute ulceröse Angina lacunaris und die Angina ulcero-membranosa. (Quelques réflexions sur les angines lacunares ulcéreuses igues et les angines ulcéro-membraneuses,)** *Le Larynx. No. III. Mai-Juni 1909.*

Zu erwähnen ist, dass der Verf. der Behandlung mit Kalichloricumpastillen treu geblieben ist; dieses Mittel scheint dem Verf. das wahre Specificum gegen die Angina ulcero-membranosa, wenigstens ist er auf Grund der bakteriologischen Prüfungen zu dieser Ansicht gelangt. GONTIER de la ROCHE.

63) **Guillermin** (Villars s. O.). **Einige Beobachtungen von 459 Fällen acuter Angina aus der medicinischen Poliklinik in Genf von 1906—1909. (Quelques remarques sur 459 cas d'angines aigues observées à la policlinique méd. de Genève.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 11. 1909.*

Erwähnenswerth wegen der grossen Zahl gut registrirter Fälle. Nicht jedem Practiker dürfte die nicht ganz seltene Beobachtung von Eiweiss im Urin bei Fällen von lacunärer Angina tonsillaris bekannt sein. Im Uebrigen interessante Bestätigungen bekannter Thatsachen. JONQUIÈRE.

64) **R. Kandler. Ein Fall von Gehirnabscess, entstanden durch Fortleitung eines Tonsillarabscesses.** *Dissert. München 1907.*

Patientin, eine 35jährige Kellnerin, verweigerte die Incision des peritonsillären Abscesses; der fötide Eiter wurde durch Einschnitt an gewohnter Stelle erst entleert, als bereits meningitische Symptome vorhanden waren. Exitus 8 Tage nach Beginn der Halsschmerzen. Section: Praeauricularer und retropharyngealer Abscess, eitrige Meningitis basilaris, ausgedehnte Abscessbildung im linken Schläfenlappen. Pneumonie und Pleuritis rechts. OPPIKOFER.

65) **Irving Wilson Vochees. Die Galvanokaustik als ein Factor beim Peritonsillarabscess. (The Galvanocautery as a factor in peritonsillar abscess.)** *New York State Journal of Medicine. April 1909.*

Verf. warnt vor einer häufigen Anwendung der Galvanokaustik zur Behandlung von Tonsillarkrankheiten; sie bewirke einen Verschluss der Lacunaröffnungen oder eine Anlöthung des Tonsillargewebes an die Gaumenbögen, behindere die Drainage, gebe Anlass zur Retention von Bakterien und zur Entstehung von Abscessen, die sich durch den fauligen Gestank des Eiters auszeichnen.

EMIL MAYER.

66) **Dandois. Die Indicationen zur Mandelabtragung. (Les indications de l'ablation des amygdales.)** *Revue Médicale de Louvain. No. 8 u. 10. 1909.*

Während die Mandelexstirpation selten durch mechanische Störungen bedingt wird, ist die Häufigkeit und Schwere der Mandelinfectionen bis jetzt noch nicht genügend gewürdigt worden. Der Autor fragt sich zum Schlusse, ob es, abgesehen von gewissen Uebertreibungen nnd manchmal mangelnden anatomischen und bakteriologischen Beweisen, sowie strengen klinischen Beobachtungen, zur Erhärtung der meisten aufgestellten Behauptungen erlaubt sei, den Satz aufzustellen, dass die systematische Unterdrückung inficirter Mandeln die Träger der-

selben vor der Mehrzahl der Infectionskrankheiten im Kindesalter schützen würde? Er wagt dieselbe nicht zu bejahen, trotzdem es Thatsachen genug gebe, um das therapeutische Bestreben in dieser Hinsicht zu bestärken. Es gebe kein Alter für die Mandelabtragung, möge der Kranke 2 oder 40 Jahre alt sein, sondern nur Indicationen.

BAYER.

67) **Molinié** (Marseille). **Die Localanästhesie mit Aethylchlorid bei der Eröffnung der Rachenabscesse. (L'anesthésie locale au chlorure d'éthyle pour l'ouverture des abcès de la gorge.)** *Le Larynx. No. 3. Mai-Juni 1909.*

Verf. bedient sich des Aethylchlorid-Sprays, ein Verfahren, das einfach und sehr wirksam ist, dessen einziger Nachtheil darin besteht, dass bei Anwendung des Cauters Vorsicht geboten ist.

GONTIER de la ROCHE.

68) **O. T. Freer. Die Gaumentonsillen; ein Verfahren zu ihrer völligen Excision. (The faucial tonsils; a procedure for their complete excision.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Es wird zuerst der vordere, dann der hintere Gaumenbogen mittels eines besonders angegebenen Messers von der Oberfläche der Tonsille losgelöst. Bis dahin wird die Tonsille nicht mittels Zangen hervorgezogen, denn dadurch würde die natürliche Lage der Theile zu einander verzogen und die Gefahr entstehen, bei der Ablösung in die Wände der Tonsillargrube einzuschneiden. Der nächste Schritt besteht darin, die Spitze der Tonsille aus ihrer Verbindung mit dem weichen Gaumen loszulösen, was geschieht, indem mit der Casselberry'schen Zange die Tonsille stark nach innen und unten gezogen wird. Die Tonsille kann jetzt gewöhnlich mit Leichtigkeit in ihrer Totalität hervorgezogen und mit einem über die Fläche gekrümmten Tonsillenmesser von ihrer Basis abgetrennt werden. Wird in Narkose operirt, so entsteht bisweilen eine kleine Blutung, die aber leicht durch Compression der Wunde mit dem Zeigefinger zum Stehen gebracht werden kann; bei Anwendung der Localanästhesie blutet es gar nicht oder nicht nennenswerth.

Bei kleinen narbig veränderten Tonsillen ist die Auslösung bisweilen schwierig und die Tonsille muss dann stückweise mit einer Zange oder dem Hartmann-Grünwald'schen Conchotom entfernt werden. Im Allgemeinen jedoch ist auch hier die Auslösung nach der oben beschriebenen Methode möglich. Ist die Excision regelrecht gemacht, so bleiben die Gaumenbögen, der weiche Gaumen, die Plica triangularis völlig intact und die glatte Wunde heilt rasch.

Im Allgemeinen ist die für die Entfernung jeder Tonsille erforderliche Zeit nicht länger als 5 bis 10 Minuten.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die befriedigendste und vollkommenste Methode zur Entfernung aller Arten von erkrankten Tonsillen besteht in ihrer Ausschneidung aus der Fossa tonsillaris mittels geeigneter Messer. Tonsillotomie mit Tonsillotom oder Schlinge, caustische Abtragung und der Versuch, durch galvanokaustische Schlitzungen der Lacunen eine Schrumpfung herbeizuführen, sind zaghafte und unzuverlässige Methoden, die man lieber aufgeben sollte. Es besteht bei der beschriebenen Methode weniger Gefahr einer protra-

hirten Blutung als bei den gewöhnlichen Arten der Operation. Nicht nur solche Tonsillen, die im Halse durch ihre Grösse hinderlich sind, sondern alle Arten chronisch erkrankter Tonsillen sollten vollständig ausgeschnitten werden.

EMIL MAYER.

69) D. A. Heffeman. **Entfernung der Tonsille in der Kapsel. (Removal of the tonsil in capsule.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 16. März 1908.*

Verf. beschreibt eine Methode der Tonsillectomie mittels Messer, Zange, Raspatorium und Scheere. Er bespricht dann ausführlich die Gefahren der Nachblutung und die dabei zu ergreifenden Maassnahmen.

EMIL MAYER.

70) Edwin Pynchon. **Die Nachbehandlung der Tonsillarwunde. (The after-treatment of the tonsil wound.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Damit nicht eine so grosse Höhle entsteht, nimmt Verf. ein Stück vom vorderen Gaumenbogen gleichzeitig mit der Tonsille fort. Er führt die Schmerzen nach der Operation in den meisten Fällen auf eine Infection der Wunde zurück. Um eine solche zu verhüten, empfiehlt er häufige Spülungen mit Natrium bicarbonicum; nach der ersten Woche wird dieses ersetzt durch Kali chlor. Eine Tendenz der Wunde zur Granulationsbildung bekämpft Verf. eventuell durch Abschaben der Wundfläche.

EMIL MAYER.

71) W. A. Martin. **Eine verbesserte Tonsillenschlinge. (An improved tonsil snare.)** *The Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Verf. hat eine Schlinge construirt, die alle Anforderungen erfüllt, die man seiner Ansicht nach an eine Schlinge stellen muss, die für Tonsillaroperationen geeignet sein soll.

EMIL MAYER.

72) J. C. Lester. **Ein modificirtes Mackenzie'sches Tonsillotom. (A modified Mackenzie Tonsillotome.)** *Journal of Surgery. December 1908.*

Der Handgriff ist so angebracht, dass er durch eine Schraube in jedem Winkel zu der Schneide gestellt werden kann.

EMIL MAYER.

73) **Tonsillenschnürer (neues verbessertes Modell) nach Farlow Boettcher.** *Med. Klinik. 45. 1909.*

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

74) Stadler (Glarus). **Ein Beitrag zur Frage der Diphtheriebacillenträger.** *Züricher Dissertation. Berlin 1909.*

Unter 463 auf Diphtheriebacillen untersuchten gesunden Kindern wurden bei nur 6 typische virulente Bacillen gefunden. Ferner fanden sich bei 11 Kindern zweifelhafte diphtherieartige Bacillen, die keine Thierpathogenität zeigten. Verf. hält dafür, dass trotz der kleinen Zahl positiver Befunde in practischer Hinsicht die Kinder als Diphtheriebacillenträger angesehen werden müssen.

Verf. möchte mit seiner Arbeit nur zu weiteren einschlägigen Forschungen anregen.

JONQUIÈRE.

75) **Glorieux. Ueber Polyneuriten. Ein Fall von diphtheritischer Lähmung. (A propos de polynévrites. Un cas de paralysie diphtéritique.)** *La Policlinique. No. 10. 1909.*

Klinische Besprechung im Anschluss an einen Fall von diphtheritischer Polyneuritis bei einem 56jährigen Mann, der einen Monat nach einer infectiösen diphtheritischen Angina von einer vollständigen Gaumensegellähmung mit Sprachstörungen und Schluckbeschwerden befallen wurde; nach einem weiteren Monat stellten sich mannigfache Symptome von Polyneuritis der vier Extremitäten mit motorischer Incoordination, Schwierigkeiten beim Gehen, Abolition der Reflexe etc. ein. In der Folge besserte sich die Gaumensegellähmung. Der Kranke kann leichte Flüssigkeiten schlucken und die Sprachstörungen kommen zum Verschwinden. Die Pseudobulbärparalyse ist auf dem Wege der Heilung begriffen, und kann man positiv versichern, dass auch die Gehstörungen sich wieder ausgleichen werden; dadurch unterscheidet sich gerade die Polyneuritis von der Poliomyelitis.

BAYER.

76) **Aviragnet** und **Marie. Maligne diphtherische Adenoiditis. (Adénoidite diphthérique maligne.)** *Société de Pédiatrie. 16. November 1909.*

Bei einem Kinde trat am 6. Tage einer Nasenerkrankung rauher Husten auf und es erschienen sehr starke Drüsenschwellungen am Halse. Im Pharynx waren ebensowenig wie im Kehlkopf diphtherische Beläge sichtbar. Bei der Autopsie fand sich der Nasenrachen mit Diphtheriemembranen ausgefüllt.

GONTIER de la ROCHE.

77) **Reiche** (Hamburg). **Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Med. Klinik. 49. 1909.*

Die Serumtheraprie erwies sich im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf als ein werthvolles Mittel, aber als bedingungslos „vollwerthig" vermag Verf. sie mit Baginsky noch nicht zu bezeichnen. Auch den vorbeugenden Werth der Antitoxinimpfungen erkennt Reiche an. Dass so wenig Fälle von Diphtherie vor der Einbringung in das Krankenhaus nicht mit Seruminjectionen behandelt werden, liegt nicht nur in der Abneigung vieler Eltern gegen solche, sondern vor allem in der Bestimmung vieler Krankenkassen, dass den Angehörigen ihrer männlichen Mitglieder nur ärztliche Behandlung frei gewährt wird, nicht aber die erforderlichen Medicamente.

SEIFERT.

78) **Fette** (Hamburg). **Die Behandlung der Diphtherie mit intravenösen Seruminjectionen.** *Med. Klinik. 50. 1909.*

In den letzten drei Monaten wurden im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf 145 Fälle von Diphtherie intravenös injicirt, die Menge des Serums betrug nicht unter 3000 Immunitätseinheiten. Die Gesammtmortalität dieser Fälle beträgt 13,8 pCt. Es wird noch weiterer Beobachtungen bedürfen, um ein abschliessendes Urtheil über den Werth dieser Therapie zu erhalten. Jedenfalls gelang es, einen Theil der als schwerste Infection anzusehenden Fälle, nämlich solche mit hämorrhagischer Diathese complicirte, durchzubringen.

SEIFERT.

79) **Babonneix. Diphtherie und Serumtherapie. (Diphthérie et sérothérapie.)** *Société de Pédiatrie. 16. November 1909.*

Verf. theilt 3 Fälle von anaphylactischer Reaction auf Serum mit. In einem Fall war die Anaphylaxe eine familiäre und zeigte sich beim Vater in einem Pseudo-Erysipel an der Injectionsstelle, bei den Kindern in Urticaria und bei der Mutter in acuter Arthritis des Kiefergelenks. GONTIER de la ROCHE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

80) **T. Leslie Davis. Eine weitere Studie über Kehlkopfneubildungen in Amerika. (A further study of laryngeal neoplasms in Amerika.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Résumé über die Literatur mit besonders ausführlicher Besprechung der Papillome. EMIL MAYER.

81) **Richard H. Johnston. Die Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten in linker Seitenlage. (The removal of laryngeal tumors in the left lateral prone position.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Verf. behauptet, dass das von Mosher empfohlene Instrumentarium allen anderen überlegen sei, besonders in den Fällen, in denen auf andere Weise es schwer ist, einen genauen Ueberblick über die vordere Commissur zu erlangen. Ein grosser Vortheil sei, dass die zu untersuchenden Theile dem Auge des Operateurs näher gebracht sind. EMIL MAYER.

82) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber die operative Behandlung der Stimmlippenverdickung.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 1909.*

Verf. fasst die Schleimhaut der Stimmlippe mit einer scharfen Kehlkopfzange und schält die Stimmlippe ab. v. NAVRATIL-POLYAK.

83) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Ueber den functionellen Unterschied der Stimmbandknötchen beim Kinde und Erwachsenen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. erklärt die geringfügige, event. gar nicht vorhandene functionelle Störung beim Erwachsenen gegenüber der hochgradigen bei Knötchenbildung im kindlichen Kehlkopf so, dass der Erwachsene seine Stimmfunction mit Bewusstsein controlirt und sich nicht wie das kleine Kind durch falsche Muskelgefühle dauernd irreleiten lässt oder das Muskelgefühl in der irrthümlichen Stellung fixirt.

Die Uebungstherapie sei bei Kindern mit Stimmbandknötchen nach diesen Beobachtungen nicht aussichtslos. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

84) **E. Barth** (Berlin). **Zur Aetiologie und Behandlung der Sängerknötchen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. S. 1532. 1908.*

Verf. verwirft die bisherigen Erklärungsversuche für die Entstehung der Sängerknötchen (mechanische Reibung der Stimmlippenränder an katarrhalisch geschwollenen Stellen; Ueberanstrengung in der Gegend der Schwingungsknoten; Drüsenerkrankung) und stellt eine Hypothese auf, die Folgendes besagt: Sängerknötchen entstehen an Stellen, an denen die Stimmbänder unter gewissen Um-

ständen von der Epiglottis gedrückt werden. Diese Stellen liegen, wie Verf. an Durchschnitten zeigt, immer an der Grenze zwischen dem vorderen und dem mittleren Drittel der Stimmlippen. Die Hineindrängung des Kehldeckels wird begünstigt durch Annäherung des Zungenbeins an den Schildknorpel, wie er besonders bei ungeschulten oder falschgeschulten Sängern (solchen mit falschem Tonansatz) und bei der Production hoher Töne zu Stande kommt. Therapie: Ruhe, Erlernung des richtigen Tonansatzes, Beseitigung etwa vorhandenen Katarrhs. Operation erst dann, wenn die schonenden Mittel nicht zum Ziele führen.

ZARNIKO.

85) **Joseph C. Beck. Cyste der Epiglottis. (Cyst of the epiglottis.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Ein 3 Jahre altes Kind wurde mit allen Anzeichen der Kehlkopfverengerung in das Hospital gebracht. Es hatte seit der Geburt stets Beschwerden von Seiten des Halses gehabt, jedoch seit einigen Tagen waren ernstliche Störungen aufgetreten. Es fand sich ein haselnussgrosser Tumor der Epiglottis, den Verf. 6 Wochen später durch ein Jackson'sches Rohr hindurch mit der Schlinge abzutragen versuchte. Dabei platzte der Tumor und es entleerte sich ungefähr ein Dessertlöffel voll weisslicher Flüssigkeit. Die Wand der Cyste wurde zum grössten Theil entfernt, der Rest mit dem Galvanokauter verschorft. Einige Monate nach der Operation war ein Recidiv zu constatiren von der Grösse des ursprünglichen Tumors, jedoch mit dickerer Wandung. Es wurde die Laryngotomie gemacht und der ganze Tumor jetzt auf diesem Wege entfernt. Die Cyste ging von der linken epilaryngealen Region nahe der Zungenbasis aus; Verf. hält sie für angeboren und mit dem Ductus thyreoglossus zusammenhängend.

EMIL MAYER.

86) **Hermann Marschik** (Wien). **Larynxcarcinom bei jugendlichen Personen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 9. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichten zweier einschlägiger Fälle und ätiologische sowie epikritische Erörterungen. Beide Fälle wurden von Chiari mittels Laryngofissur radical operirt. Der eine — ein 24jähriger Mann — starb an postoperativer Sepsis (Phlegmone und Mediastinitis), der zweite, ein 16jähriges Mädchen, wurde geheilt und ist bis jetzt — 1 Jahr — recidivfrei.

HECHT.

87) **E. Oppikofer** (Basel). **Zur Frage der Epiglottiscysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft. 3. 1909.*

Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Befunde von Epiglottiscysten und nähere Beschreibung dreier selbst beobachteter Fälle.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

88) **Richard H. Johnston. Thyreotomie wegen Geschwulst des linken Stimmbandes. (Thyrotomy for tumor of the left vocal cord.)** *Monthly Cyclopedia and Medical Bulletin. April 1909.*

Der Tumor war ein Adenom. Nach seiner Entfernung bildete sich an Stelle des Stimmbandes ein Narbenband, und Patient sprach besser als vor der Operation.

EMIL MAYER.

89) **Don A. Vanderhoof. Bericht über einen Fall von Papillom des Kehlkopfs mit extralaryngealer Operation. (Report of a case of papilloma of the larynx with extralaryngeal operation.)** *The Chicago Medical Recorder. April 1909.*

Die Geschwülste wurden nach Spaltung des Kehlkopfes entfernt und ihre Basis dann mit Chromsäure geätzt. Nach 5 Monaten hatte der Patient seine Stimme wiedergewonnen.

EMIL MAYEE.

90) **J. Boros** (Szeged, Ungarn). **Mittels Laryngofissur geheilter Fall von Kehlkopfpapillom.** *Orvosi Hetilap. No. 38. 1909.*

Da die Operation nur 2 Monate vor der Demonstration stattfand, muss die Heilung noch abgewartet werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

91) **Van den Wildenberg. Ueber eine bei vier mit Larynx- und Trachealpapillomen behafteten Kindern angewandte Behandlung. (Du traitement appliqué à 4 enfants atteints de papillomes du Larynx et de la Trachée.)** *Anvers Médical. No. 4. 1909.*

Die Mittheilung ist zuvor in den Archives Internat. de Laryngologie, Paris, erschienen.

BAYER.

92) **Karl Beck** und **Walter Scholz** (Heidelberg). **Carcinom und Amyloid des Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Zu den wenigen bisher in vivo beobachteten Amyloidtumoren des Larynx fügen Verff. einen Fall, der sich mit Carcinom des Larynx combinirte. Der Tumor sass an der Hinterwand, war von grauer Farbe, glatter Oberfläche und ziemlich derber Consistenz. Durch sein Aussehen unterschied er sich deutlich von dem als Carcinom erkannten Tumor der linken Larynxhälfte, konnte aber, da er die charakteristischen Merkmale der Farbe der bisher beschriebenen Amyloidtumoren nicht besass — gelbe oder goldgelbe Farbe, glasige, transparente oder gallertige Beschaffenheit und holzige Härte —, erst nach Vornahme einer Probeexstirpation als Amyloidtumor erkannt werden. Irgend ein ätiologischer Zusammenhang mit dem vorhandenen Carcinom liess sich nicht erweisen.

WILELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **Ottokar Chiari. Die Behandlung des Kehlkopfkrebses. (The treatment of cancer of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. schildert die beim Kehlkopfkrebs in Betracht kommenden Behandlungsmethoden und deren Chancen.

EMIL MAYER.

94) **Garel. Kehlkopfkrebs auf der linken aryepiglottischen Falte sitzend; Heilung auf endolaryngealem Wege. (Cancer du larynx, siégeant sur le repli aryténo-épiglottique gauche; opération endolaryngée; guérison.)** *Revue hebd. No. 38. 1909.*

Mann von 62 Jahren. Der Tumor ist freibeweglich und wird mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Schnittlänge 7—8 mm. Histologische Untersuchung (Dr. Bériel): Epithelioma. Kein Recidiv nach 8 Monaten.

LAUTMANN.

95) **Jankowski. Ein Fall von totaler Larynxexstirpation bei Kehlkopfkrebs. (Przypadek caskowitego wyluszcrenia krtaui.)** *Medycyna. No. 27. 1909.*

Es handelte sich um einen 48jährigen, aus der Sokolowski'schen Hospitalsabtheilung stammenden Patienten, bei welchem wegen allmählich sich steigernder Athemnoth infolge von beiderseitiger carcinomatöser Infiltration beider Stimmbänder zuerst Tracheotomie und einige Wochen darauf totale Exstirpation nach der Gluck'schen Methode ausgeführt wurde. Nach der Operation entstand eine Oesophagealfistel, welche nach 3 Wochen vollständig zuheilte.

Zwei Monate nach der Operation wurde der Kranke der laryngologischen Gesellschaft vorgestellt, wobei er sich ganz wohl fühlte und deutlich flüsterte.

Zu bemerken ist, dass die definitive Krebsdiagnose durch Excision eines Stückchens mikroskopisch festgestellt wurde, obwohl der Kranke auf die Calmette'sche Reaction positiv reagirte.

A. v. SOKOLOWSKI.

96) **James Bell. Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom. (Excision of the larynx for carcinoma.)** *Annals of Surgery. Juli 1909.*

Es wird über 15 Fälle berichtet. Von diesen wurden 8 ohne vorhergehende Tracheotomie operirt; der Kehlkopf wurde von unten nach oben entfernt, nachdem vorher die Trachea an die Haut angenäht war. Alle Patienten wurden in Trendelenburg'scher Lage operirt.

EMIL MAYER.

97) **L. Frank Dennis. Laryngofissur wegen Carcinom des Kehlkopfinnern. (Laryngo-fissure for intrinsic laryngeal carcinoma.)** *Colorado Medicine. Juni 1909.*

Verf. empfiehlt die Laryngofissur nach der von Semon und Jackson angewandten Methode für alle Fälle von Carcinom des Kehlkopfinnern.

EMIL MAYER.

98) **Chevalier Jackson. Klinische Diagnose und operative Maassnahmen bei intralaryngealem Carcinom vom Standpunkt des Laryngologen. (Clinical diagnosis and operative procedure in intralaryngeal carcinoma from the standpoint of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

Die Indication zur Operation bei sichergestelltem Carcinom besteht dann, wenn man hoffen kann, die Geschwulst ganz zu entfernen. Contraindicationen sind: Unmöglichkeit der totalen Entfernung, hoher Grad von Bösartigkeit, hoher Grad von Vulnerabilität; ferner: Metastasen, Organerkrankungen, Kachexie, Alkoholismus.

Verf. beschreibt die Technik der verschiedenen Methoden und giebt die Resultate von 141 Fällen, die er in 23 Jahren gesehen hat. Er meint, dass die hohe Mortalität in früheren Jahren mitverschuldet gewesen sei durch Verletzung der Nebenschilddrüsen, des Oesophagus, der Vagi, Sepsis und septische Pneumonie.

EMIL MAYER.

99) **William E. Sauer. Fibrom der Trachea. (Fibroma of the trachea.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Ein einen 74jährigen Mann betreffender Fall. Literaturübersicht.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

100) **Tereschkowitsch** (Moskau). **Beitrag zur Transplantation der Schilddrüse.** *Dissert. Basel 1909.*

Die Aufpfropfungsstellen waren folgende;

a) subcutan: Schilddrüse, Abdomen, Axilla;

b) in Drüsen: Milz, Netz, Hoden.

Die Transplantationen wurden vorgenommen:

1. alloplastisch: a) von Mensch auf Thier; b) von einer Species auf die andere;

2. heteroplastisch: von einem Individuum auf ein anderes derselben Species:

3. autoplastisch: auf verschiedene Stellen desselben Thieres.

Ergebnisse: Die überpflanzte Schilddrüse heilt ein, sowohl bei Auto- als bei Heteroplastik.

Das histologische Bild zeigt Nekrose des Centrums; Regeneration und Secretion in den peripheren Follikeln.

Die Alloplastik gelingt nicht, insofern als die Resorption rasch vor sich geht.

Practische Verwendbarkeit besitzt nur die Heteroplastik. Durch diese allein ist der günstige Ort der Transplantation festzustellen.

JONQUIÈRE.

101) **Serman** (Lodz). **Ueber eine neue Methode der Transplantation des Schilddrüsengewebes.** *Berner Dissertation. Leipzig 1909.*

Nach der von Paer aufgestellten Ansicht, dass Organe mit innerer Secretion sich für Transplantation besser eignen als andere, wählte Verfasserin nach Kocher das Knochenmark, da die Transplantation in die Milz (Paer) ein allzu gefährlicher Eingriff sei. Es wurde die Metaphyse (Kocher) der Tibia gewählt und unter Aethernarkose aufgemeisselt. In die ergiebig ausgekratzte Höhle wurden Stücke der Glandulae parathyreoideae (E. K.) eingepfropft. Dieselben zeigten aber oft baldige Resorption und manche Thiere gingen rasch an Tetanie oder an Cachexia strumipriva zu Grunde

Diese Methode ist auch eingreifend und scheint nicht sehr empfehlenswerth zu sein.

JONQUIÈRE.

102) **Mc. Carty. Die Ursache des Kropfes. (The cause of goitre.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1909.*

Verf. vermehrt die bestehenden Theorien über die Entstehung von Hypo- und Hyperthyreoidismus um folgende: Er erinnert daran, dass wahrscheinlich in einer früheren Entwickelungsperiode des Menschen die Schilddrüse eine sich offen durch den Canalis thyreoglossus in den Verdauungscanal öffnende Drüse war. Beim heutigen Menschen ist aus irgend welchen Gründen das Erforderniss von Schilddrüsensecret für den Verdauungscanal verloren gegangen, der Ductus thyreoglossus hat sich geschlossen und die Drüse ist von einer frei secernirenden zu einer träge functionirenden umgewandelt. Es handelt sich nach Ansicht des Verf.'s hier um ein Beispiel von Umkehrung (Reversion), wie man deren beim Menschen mehrere findet (secernirende männliche Brüste, überzählige Brüste,

Uterus bicornis), und meint, dass möglicherweise diese Reversion bei der Schilddrüse die Form vermehrter Secretion annehmen kann. LEFFERTS.

103) L. De Jace. **Ichthyosis und Schilddrüse. (Ichtyose et corps thyroide.)** *Annales de la Soc. médico-chir. de Liège. März 1909.*

Im Anschluss an einen in der letzten Sitzung der Lütticher medico-chirurg. Gesellschaft von Dr. Halkin vorgestellten interessanten Fall von serpentiner Ichthyosis macht der Autor bezüglich der Therapie für diesen Fall darauf aufmerksam, dass es eine ausgemachte Sache sei, dass die Schilddrüse der Ernährung des Zellgewebes und der Haut vorstehe, wofür die Existenz der Sklerodermie bei Myxödem den Beweis bilde. Es sei daher logisch, die Intervention der Schilddrüsenfunction bei oberflächlichen Hautläsionen zuzulassen und die Ichthyosis vermittelst der Schilddrüsenopotherapie zu behandeln. BAYER.

104) Goris. **Ein Fall von Struma praesternalis. (Un cas de goitre présternal.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 20. 1909.*

In der belgischen chirurgischen Gesellschaft am 27. März 1909 zeigt G. einen Cystenkropf vor, der zwischen Haut und Sternum sass und dessen verkalkte Wand der Trachea anhing, was sie verhinderte, ihre gewöhnliche Entwickelung nach dem vorderen Mediastinum hin zu nehmen. PARMENTIER.

105) Gino Pieri. **Thyreoiditis und Morbus Basedow. (Tiroidite e morbo di Basedow.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Verf. hat in der Literatur 6 Fälle aufgefunden, bei denen die Thyreoiditis der Entwickelung der Basedow'schen Krankheit vorausging. Er berichtet dann über einen selbst beobachteten Fall, in dem bei einer Basedowkranken eine acute Entzündung des Kropfes auftrat und mit dem Auftreten dieser Strumitis ein Verschwinden der Basedowsymptome zu constatiren war. Er führt einen analogen Fall von Troizki an.

Verf. berichtet ausserdem noch über 7 Fälle von Thyreoiditis resp. Strumitis und schliesst daran Erörterungen über deren Aetiologie, Diagnose und Behandlung.

FINDER.

106) Poncet und Leriche. **Entzündliche Tuberculose und Schilddrüse. (Tuberculose inflammatoire et corps thyroide.)** *Académie de Médecine. 25. December 1909.*

Die Tuberculose kann Anlass geben zur Bildung einer Struma, die später den Charakter der Basedowkrankheit annimmt; sie kann eine ruhende Cyste der Schilddrüse zum entzündlichen Aufflackern bringen. Von allen Infectionen, die zur Bildung eines Morbus Basedow führen können, ist diejenige, deren Einfluss am meisten zu Tage tritt, die Tuberculose. GONTIER de la ROCHE.

107) Goris. **Bemerkungen über zwei Fälle von Thyroidectomie. (Remarques sur deux cas de thyroidectomie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 13. 1909*

In der belgischen Gesellschaft für Chirurgie am 27. Februar 1909 macht G. die Mittheilung von zwei Mädchen von 14 und 16 Jahren, Geschwisterkinder, bei

welchen man zu gleicher Zeit eine parenchymatöse Struma von gleichem Volumen und an dem gleichen Lappen mit atrophischem vasculären Stiel und Dyspnoe sich entwickeln sah. Beide Operationen dauerten 5—6 Minuten und die Temperaturcurve nach der Operation war bei beiden dieselbe. PARMENTIER.

108) **Van den Wildenberg. Vorstellung von drei durch Kropfoperation Geheilten. (Présentation de trois opérées guéries de goitre.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Januar und April-Mai 1909.*

In der Sitzung vom 11. December 1908 der Antwerpener medicinischen Gesellschaft stellt W. drei an Strumen operirte und geheilte Kranke vor:

1. ein Mädchen von 11 Jahren mit einer Struma exophthalm.;
2. eine 28jährige Frau mit einer enormen Struma exophthalm. unter Localanästhesie operirt;
3. einen faustgrossen Cystenkropf, ebenfalls unter Localanästhesie operirt.

BAYER.

g. Oesophagus.

109) **H. Gifhorn. Beitrag zur Aetiologie der congenitalen Atresie des Oesophagus mit Oesophagotrachealfistel.** *Dissert. Göttingen 1908.*

Bei den beiden Neugeborenen, über die Verf. berichtet, endigte der obere Speiseröhrenabschnitt blind etwas oberhalb der Theilungsstelle der Trachea, während der untere Theil der Speiseröhre, ebenfalls etwas oberhalb der Bifurcation, durch eine schlitzförmige Oeffnung mit der Luftröhre communicirte.

Die Fistel in der Trachea sowie die blinde Endigung des oberen Oesophagusabschnittes sind als Hemmungsbildung aufzufassen. Verf. erläutert die Entstehungsweise dieser Entwickelungshemmungen an der Hand mehrfacher Abbildungen. OPPIKOFER.

110) **F. Cohn. Beitrag zur Casuistik der spontanen Oesophagusruptur.** *Dissert. Breslau 1907.*

Der 4 cm lange Riss im untersten Theil der Speiseröhre entstand im Anschluss an eine Magenspülung. Nach dem Sectionsbefunde war eine Verletzung durch die eingeführte Sonde auszuschliessen, so dass Verf. seinen Fall zu den Spontanrupturen zählt.

Es handelte sich um einen 46jährigen Mann, der starker Potator war, häufig erbrach und vor 9 Jahren eine Pleuritis durchgemacht hatte. Bei der Obduction fanden sich starke Adhäsionen zwischen Magen, Leber, Zwerchfell, Pleura und Speiseröhre. Die Oesophaguswand erwies sich bei makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung als gesund.

Verf. nimmt an, dass der Innendruck, als im Anschluss an die Magenspülung eine jähe starke Brechbewegung erfolgte, plötzlich stark anstieg und der Oesophagus, gehemmt durch die festen pleuritischen Stränge, sich nicht genügend ausdehnen konnte. Vielleicht war auch eine krampfartige Contraction des M. constrictor pharyngis eingetreten. OPPIKOFER.

111) **F. Schürmann. Zur Casuistik der Sondirungsverletzungen der Speiseröhre.** *Dissert. Giessen 1907.*

Einem 65jährigen Landwirth blieb ein Fleischstück auf der Höhe des Ringknorpels stecken. Einen Tag später wurde bei dem Sondirungsversuch die Speiseröhre auf dieser Höhe durchstossen: perioesophageale Phlegmone. Am dritten Tage trat der Exitus ein. Bei der Section fand sich an der vorderen Pharynxwand auf der Höhe des Ringknorpels eine durch den Fremdkörper erzeugte Drucknekrose und dieser Nekrose gegenüber an der hinteren Pharynxwand eine Ausbuchtung. Die Ausbuchtung führte linkerseits durch eine fast kreisrunde, scharf begrenzte Oeffnung in eine ausserhalb der Speiseröhre gelegene Abscesshöhle.

Die Oesophagoskopie wird nicht erwähnt. OPPIKOFER.

112) **H. Johnston. Einige Oesophagusfälle. (Quelques cas oesophagiens.)** *Rev. hebd. No. 42. 1909.*

Eine Zusammenstellung von allen möglichen, auch von Fällen, die mittels des Oesophagoskops untersucht und behandelt worden sind. LAUTMANN.

113) **Th. Kölliker** (Leipzig). **Beitrag zur Oesophagoskopie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1909.*

Bericht über 110 Oesophagoskopien, die Autor mit seinen starren und elastischen Oesophagoskopen ausführte, nebst Schilderung des von K. geübten Verfahrens. HECHT.

114) **Wilh. Danielsen** (Breslau). **Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. S. 2168. 1908.*

Bei 7 Patienten gelang es Verf., Fremdkörper (6 Gebisse, 1 Markstück) mit dem Gräfe'schen Münzenfänger mühelos zu extrahiren. Es ist deshalb dieses Verfahren nicht, wie von Ach behauptet worden ist, ein Kunstfehler, sondern es ist der ösophagoskopischen Extraction, die Verf. als umständlich, für den Patienten qualvoll und im Erfolge unsicher erklärt, vorzuziehen. Es stellt die „Methode des practischen Arztes" dar. Gute Erfolge sind aber nur bei Anwendung einer richtigen, vom Verf. geschilderten Technik zu erzielen. ZARNIKO.

115) **Botella** (Madrid). **Ein neuer Fremdkörperfall des Oesophagus; Extraction mittels Oesophagoskopie. (Un nuevo caso de cuerpo del esofago extraido por esafagoscopia.)** *Siglo medico. 6. März 1909.*

Knochenstück. Heilung. TAPIA.

116) **Botella** (Madrid). **Zahnplatte im Oesophagus; Oesophagoskopie; Oesophagotomie; Extraction. (Pieza dentaris detenida en el esofago; esofegoscopia; esofagotomia; extracción.)** *Siglo medico. 27. April 1909.*

Der 19 Tage vorher verschluckte Fremdkörper konnte durch die Oesophagoskopie nicht entfernt werden, so dass die Oesophagotomia externa gemacht werden musste. TAPIA.

117) C. Breyre. **Voluminöser auf natürlichem Wege aus dem Oesophagus unter Gesichtscontrole entfernter Fremdkörper. (Corps étranger volumineux extrait de l'oesophage par les voies naturelles sous le contrôle de la vue.)** *Annales de la Soc. Méd.-chir. de Liège. Januar 1909.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Lüttich zeigt B. zwei noch durch den Discus intervert. zusammenhängende, von einem Schwein oder Kalb herrührende Wirbelkörper vor, welche der Autor einem Mann von ca. 40 Jahren vermittelst der Killian'schen tracheoskopischen mit der Clarke'schen Lampe beleuchteten Röhre auf natürlichem Wege entfernt hatte. Der Fremdkörper sass 3—4 cm unterhalb der Cartil. cricoid. fest, wie zuvor durch die Radiographie ermittelt wurde. Die Entfernung derselben gelang trotz zehnmaliger Bepinselungen mit Novococain erst, als der bestehende Oesophagospasmus durch eine subcutane Morphiuminjection zum Verschwinden gebracht worden war. BAYER.

118) Pietri und Pajaud. **Eine 10 Centimesmünze im Oesophaguseingang bei einem 7jährigen Kinde mit dem Kirmisson'schen Haken extrahirt. (Pièce de 10 centimes solidement enclavée à l'entrée de l'oesophage.)** *Revue hebdom No. 36. 1909.*

Zeigt die Vortheile des Kirmisson'schen Hakens, der weit ungefährlicher ist, als der Graefe'sche Münzenfänger. LAUTMANN.

119) Lozano (Saragossa). **Gebiss im Oesophagus. (Dentadura detenida en el esofago.)** *La Clinica Moderna de Zaragoza. Juni 1909.*

Verf. versuchte erst vergebens die Extraction mit dem Graefe'schen Münzenfänger. Die Oesophagoskopie wendet er nicht an. Er machte, da er den Fremdkörper an der Cardia vermuthete, die Gastrotomie. Es wurde nun nochmals der Münzenfänger eingeführt und von der Cardia aus der Zeigefinger; auf diese Weise gelang es, den Fremdkörper durch die Wunde zu extrahiren. Heilung. TAPIA.

120) Moure. **Fremdkörper im Oesophagus. Vergleich zwischen der Oesophagoskopie und der Oesophagotomia externa. (Corps étranger de l'oesophage. Valeur relative de l'oesophagoscopie et de l'oesophagotomie externe.)** *Revue hebd. No. 36. 1909.*

Die Oesophagoskopie ist nicht immer geeignet zur Extraction der Fremdkörper aus der Speiseröhre. Mitunter leistet der Haken von Kirmisson (besonders der Graefe'sche Münzenfänger) bessere Dienste. In dem vorliegenden und ausführlicher beschriebenen Fall musste bei einem $3^1/_2$ jährigen Kinde, das einen eisernen Anker verschluckt hatte, zur Oesophagotomia externa geschritten werden, da das Oesophagoskop constant in die Luftwege glitt (Kind in Chloroformnarkose). Die vielfachen Extractionsversuche hatten die Schleimhaut des Oesophagus verletzt, so dass dieselbe an einigen Stellen genäht werden musste. Heilung.

LAUTMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Gutzmann,** Prof. Dr., **Physiologie der Stimme und Sprache** Braunschweig, Vieweg u. Sohn. 1909.

Vf. hat im Jahre 1906 Vorlesungen über Stimmbildung und Stimmpflege im Auftrage der Stadt Hamburg gehalten und dann als allgemein verständliches Buch erscheinen lassen. Dieses Buch hat entsprechend seiner populären Fassung und seiner gediegenen Darstellung die verdiente Verbreitung und Würdigung gefunden.

In diesem Jahre ist Gutzmann's Physiologie der Stimme und Sprache erschienen. Während Nagel in seiner vor Kurzem herausgegebenen Abhandlung (Nagel's Handbuch der Physiologie) über denselben Gegenstand die anatomischen Details und die Innervationsverhältnisse des Kehlkopfs eingehend beschrieb, hat G. nur kurze anatomische Vorbemerkungen gegeben und die Erfüllung seiner Aufgabe darin gesucht, den Leser über die Fortschritte der Physiologie der Stimme und Sprache in den letzten Jahrzehnten zu orientiren. Dieser Aufgabe ist der Autor, wie vorweg bemerkt werden mag, in glänzender Weise gerecht geworden: inhaltlich, in der klaren Disposition und Diktion ist das Buch ein Muster, wie Bücher geschrieben werden sollen.

Die Eintheilung des Buches in eine Physiologie der Athmung und Stimme und in eine Physiologie der Sprachlaute war die gegebene.

In den anatomischen Vorbemerkungen über Athmung und Stimme hat Vf. mit Nutzen die instructiven farbigen Illustrationen nach Henle-Merkel wiedergegeben. Zum besseren Verständniss der Physiologie der Athembewegungen beim Sprechen wurden in erster Linie die zur Registrirung der Athembewegung construirten Pneumographen beschrieben, denen G. den sehr practischen Gürtelpneumographen hinzufügte. Um das Volumen der Ruhe- und Sprechathmung richtig zu bemessen, hat G. neben dem Gad'schen Athemvolumschreiber zusammen mit Wethlo einen neuen leicht ansprechenden Athemvolumschreiber construirt, dessen Einrichtung p. 29 beschrieben ist. In dem Capitel Sprechathmung weist G. auf die von ihm gefundene Thatsache hin, dass bei längeren Vorträgen die Inspiration stets durch den offenen Mund, und zwar in der Norm schnell und geräuschlos, vor sich geht, und dass während des Sprechens die Nasencurve fast auf den Nullpunkt sinkt. Ferner wird darauf hingewiesen, dass die Betrachtung der thorakalen und abdominalen Athmung gesondert erfolgen muss.

Vf. hat die alten Angaben, nach denen die Tonentstehung im Kehlkopf nach dem Princip der durchschlagenden membranösen Zungenpfeifen vor sich ging, mit Recht nur historisch geschildert und ist der Ansicht, dass die Tonbildung nach den Untersuchungen Grützner's, Ewald's und Nagel's nach dem Princip der Polsterpfeifen oder Gegenschlagspfeifen erklärt werden muss. Die Begriffe Tonhöhe und Tonstärke werden an Hand der von Joh. Müller gefundenen Gesetze, der von Cagniard-Latour und Grützner an Menschen mit Luftröhrenfisteln angestellten Versuche eingehend erklärt, desgleichen die Experimente Joh. Müller's über die seitliche Compression der Stimmlippen und die Versuche Ewald's und Nagel's mit Froschmuskeln (M. sartorius), mittelst deren sie die Stimmlippenarbeit nachahmten.

Bei der Registerfrage werden die classischen Ausführungen Garcia's entsprechend gewürdigt und die Untersuchungen Musehold's, Rethi's, Katzenstein's, Möller-Fischer's in historischer Reihenfolge besprochen. Mit Recht hat Vf. es dagegen unterlassen, die noch nicht geklärten Hypothesen über den Mechanismus der Falsettstimme eingehend zu erörtern.

Bezüglich der Genauigkeit der Stimme schildert Vf. die Versuche Hensen-Klünder's und Grützner's; er macht darauf aufmerksam, dass Untersuchungen ausstehen darüber, wie genau ein gegebener Ton nach dem Verklingen desselben nachgesungen werden kann, wie genau die Quart oder Quint zu einem gegebenen Ton getroffen wird und wie lange die zuerst angenommene Spannung zu corrigiren ist, um den gesuchten Ton zu finden.

Bei der Besprechung der Stimmeinsätze bringt Vf. Curven des gehauchten, leisen und festen Einsatzes, die mit dem Kymographion und mit dem Marbeschen Apparate aufgenommen wurden. Besonderen Werth legt auch Ref. darauf, dass man sich stets mit dem Hörrohr oder noch besser dem Phonendoskop überzeugt, ob noch Coup de glotte angewendet wird. Gerade mit dem letzteren Apparate ist auch der Patient in der Lage, den Stimmknall durch das Ohr zu controlliren.

Stimmlage und Stimmumfang werden nach Alter und Geschlecht durch Notenzusammenstellung und schematische Uebersicht geschildert.

In dem zweiten grossen Capitel des Buches, der Physiologie der Sprachlaute, wird in den anatomischen Vorbemerkungen der Aufbau des Ansatzrohres geschildert. Die physiologische Wirkung des Ansatzrohres ist darin zu suchen, dass durch seine Einwirkung der Stimme das eigentlich Menschenähnliche verliehen wird. Die Arbeit des Ansatzrohres beruht also darauf, den Stimmton resonatorisch zu verstärken oder ihm neue Obertöne zuzufügen. Die Klanganalyse des Stimmtons und Ansatzrohrtons erfolgt durch das Hören der Partialtöne mit dem Ohre, durch Resonatoren, welche die einzelnen Teiltöne verstärken oder durch Interferenzapparate, welche einzelne Theiltöne auslöschen. Es sei auch hier ganz besonders auf die Arbeit von Grützner und Sauberschwarz hingewiesen, die dem Vocalklang der menschlichen Stimme verschiedene charakteristische Tonelemente nahmen und mit dem Interferenzapparate feststellten, dass durch Vernichtung oder Abschwächung des Grundtons die Vocale im Allgemeinen weniger leiden als durch Vernichtung ihrer charakteristischen Töne.

Wichtiger jedoch als die bis jetzt aufgeführten Methoden der Klanganalyse ist die graphische Darstellung der Vocalklänge. Vf. schildert die einzelnen graphischen Verfahren zur Aufnahme von Vocalcurven und beschreibt eingehend ihre mathematische Analyse.

In dem Capitel Theorie der Vocale werden die beiden Auffassungen gegenübergestellt, die noch heute um die alleinige Anerkennung ringen, die Obertontheorie (Hensen-Pipping) und die Formentontheorie (L. Hermann und seine Schüler). Von besonderem Werthe ist für den, welcher die Vocalfrage zum Gegenstand eingehender Studien gemacht hat, die vom Vf. gegebene historische Uebersicht der Entwickelung der beiden Vocaltheorien: wir sehen, dass auf der einen Seite schon Grassmann derselben Ansicht war wie Helmholtz, Hensen und

Pipping, während auf der anderen Seite von Robert Hooke (1757), Willis bis auf Hermann und seine Schüler ungefähr dieselben Anschauungen herrschen. Es ist auch hier dasselbe zu beobachten wie an so vielen anderen Stellen: die Autoren unserer Zeit arbeiten mit den Mitteln der hochentwickelten Technik leichter als die der früheren Zeit, unsere Bewunderung aber zollen wir mehr den Pfadfindern, die mit den einfachsten technischen Mitteln Wege und Ziele der betr. Forschung erkannten und feststellten.

In dem Capitel Analyse der Consonanten giebt Vf. eine Uebersicht über die Arbeiten Hermann's und seiner Schüler.

Während die hisher vom Vf. besprochene akustische Analyse sich vorwiegend mit den Klangphänomenen beschäftigte, bezieht sich der Abschnitt Formen und Bewegungen des Ansatzrohres auf die verschiedenen Methoden, mittelst deren man also die Methoden untersucht, durch die die Sprachklänge erzeugt werden. Diese Methode der Analyse der Sprachklänge erfolgt durch directe Beobachtung und zwar mittelst des Gehörs, des Gesichtes und des Getastes und durch objectiv registrirende Instrumente. Von den registrirenden Instrumenten sind die akustischen und optischen zu unterscheiden, von letzteren ist besonders die Röntgenuntersuchung hervorzuheben, die zur Feststellung der phonischen Bewegungen und der Schluckbewegungen verwandt wurde. Schliesslich wurde durch directe Messmethoden die Entfernung einzelner Resonanzrohrtheile von einander, z. B. die Entfernung einzelner Theile der Zunge und des weichen Gaumens von einem anderen festen Punkte mittelst in den Mund eingeführter Messstäbe bestimmt. Die Messmethoden sind aber mehr oder weniger misslich, weil man den Einflüssen von Reflexen auch bei gut eingeübten Versuchspersonen ausgesetzt ist. Viel besser sind die Apparate, mittelst deren die Luftbewegung der Articulation studirt wurde, so die Athemvolumschreiber von Gad, Gutzmann und Wettlo, das Acrodromometer von Zwaardemaker, die verschiedenen Formen der Laryngographen, die Zwaardemaker'schen Instrumente für die Aufnahme der Unterkieferbewegungen, der Zunge, des Mundbodens und der besonders wichtige Apparat für die Gesammtaufnahme der Articulationsbewegungen, sowie die Färbemethoden von Oakley Coles, Grützner, Rousselot und Gutzmann.

Das Capitel „Die Sprachlaute“ enthält besonders die wichtige Frage des Unterschiedes der Tenuis von der Media und die der Bildung der S-laute. In dem Schlusscapitel wird eine Uebersicht gegeben über die Accente der Sprache und die phonetische Schrift.

Referent hat eine etwas eingehendere Schilderung des G.'schen Werkes gegeben, als es sonst bei Buchbesprechungen an dieser Stelle üblich ist, um unter den Laryngologen ein grösseres Interesse für den neuesten Zweig der laryngologischen Wissenschaft, die Phonetik, hervorzurufen. J. Katzenstein.

---

b) Die directe Laryngoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Ein Handbuch für die Technik der directen ocularen Methoden. Von Dr. med. et phil. W. Brünings, Privatdocent an der Universität Freiburg i. Br. Verlag von J. Bergmann (Wiesbaden).

Im ersten Theil (die Technik) bespricht der Verf. die oculare Untersuchung

von Hohlräumen (Sphäroskopie) einerseits und von röhrenförmigen Organen (Syringoskopie) andererseits und sucht auf Grund optischer Gesetze die besten Bedingungen für die Besichtigung letzterer durch ein Rohr auf. Nachher erwähnt er die verschiedenen Methoden der Einführung der bronchoskopischen Röhren in den Kehlkopf und die Luftröhre und geht an die Darstellung seiner eigenen Broncho- und Oesophagoskope, die bezüglich ihrer leichteren Einführung, des grösseren Gesichtsfeldes und der Helligkeit des Bildes den gestellten Forderungen besser als andere entsprechen. Das Wesentliche in der Brünings'schen Modification stellt zunächst der Griff dar, der in einer geringen Entfernung vom tracheoskopischen Rohre nach unten gerichtet die Manipulationen mit dem letzteren und die Einführung desselben in den Luftweg wesentlich erleichtert. Das Untersuchungsrohr stellt einen Röhrenspatel dar, der auch bei stark zurückgeneigtem Kehldeckel sich leicht einführen lässt. In diesen wird ein inneres Rohr (Vorschieberohr) eingeführt und mittelst einer Uhrfeder mehr oder weniger vorgeschoben, so dass das ganze Rohr je nach Bedarf verlängert werden kann; für diese Feder befindet sich ein Spalt in der Seitenwand des Röhrenspatels, welcher die Vorschiebung desselben erleichtert. Der Durchmesser des Röhrenspatels beträgt 7—14 mm, derjenige des inneren Rohres $6^1/_4$—13 mm, die grösste Gesammtlänge beider Rohre 23—50 cm; die Röhren sind von 5 verschiedenen Grössen, damit sie bei Kranken verschiedenen Alters und selbst bei kleinen Kindern zur Bronchoskopie oder Oesophagoskopie verwendet werden können. Durch grössere Breite der Röhre wird das Gesichtsfeld verbreitert und das Bild besser beleuchtet. — Im Nächstfolgenden werden die verschiedenartigen Eingriffe in den Bronchien resp. im Oesophagus im Allgemeinen besprochen und die zur Dilatation dienenden Instrumente dargestellt, von denen hohle Metallbougies und kurze Bronchialtuben für Stenosen der Bronchien, ein Extractionsdilatator für die unter einer verengten Stelle im Bronchus sitzenden Fremdkörper und die dynamometrischen Dilatatoren für die Oesophagusmündung und für die Cardia nach Angabe des Verfassers zu erwähnen sind. Dann folgt die Darstellung von Instrumenten, die zur Extraction der Fremdkörper dienen und die zangenartig, den Killian'schen ähnlich, aber nach Art der Bronchoskope verschiebbar sind, so dass sie sich je nach Bedarf verlängern lassen. Vorher finden wir ein kleines Häkchen erwähnt, welches zur Extraction mancher Fremdkörper sehr nützlich sein kann. Zum Schluss werden noch einige Instrumente für specielle Fälle von Fremdkörpern angegeben, von denen ich besonders auf die Bronchialschlinge aufmerksam mache. — Dann wird die Beleuchtung und ihre verschiedenartige Anwendung (Innenlampe — Aussenlampe) kritisch besprochen und die Parallelisirung der Lichtstrahlen als Hauptbedingung guter Beleuchtung langer enger Canäle hervorgehoben; dieser entspricht die Brünings'sche Lampe. Sie besteht aus drei sternförmig gekreuzten Kohlestäbchen, deren Mitte dreimal so starkes Licht als jedes allein liefern kann. Als Kondensator dient die parabolische Sammellinse, die vor der Lampe so angebracht ist, dass sie die Lichtstrahlen parallel austreten lässt; letztere fallen auf einen kleinen unter 45° angebrachten, mitten durchlöcherten Planspiegel und werden als parallele Strahlen in das bronchoskopische Rohr reflectirt. Die Lampe sammt dem Kondensator und dem Planspiegel befindet sich in einer Hülse, die mittelst eines

senkrecht angebrachten Armes im Griffe des Bronchoskopes befestigt wird, sich aber durch Verschiebung in demselben an das Rohr nähern oder über das Rohr heben lässt. Die Entfernung der Linse von der Lampe und die Neigung des Planspiegels in sagittaler und transversaler Richtung lassen sich durch entsprechende Schraubenvorrichtungen reguliren; ausserdem kann der ganze elektroskopische Apparat seitlich abgedreht oder bis zur senkrechten Stellung aufgedreht werden. Ueber dem Planspiegel kann eventuell ein kleines Fernrohr zur Vergrösserung des Bildes oder eine Prismenkombination zur doppelten Durchsicht (zu Demonstrationszwecken) angebracht werden. Zum Schluss wird die Stirnlampe von Kirstein, das Elektroskop von Kasper, das Bronchoskop von L. v. Schrötter und der Beleuchtungsapparat von Kahler kritisch besprochen. — Im II. Theile (die Methodik) finden wir die Zusammenstellung des bronchoskopischen Instrumentariums nebst practischen Bemerkungen über den Untersuchungsraum, Sessel, Tisch u. dgl., welchen die Rathschläge über die Wahl der Stromquelle folgen. Dann wird die Handhabung des Elektroskopes, der bronchoskopischen Röhre und Zangen ausführlich besprochen, wonach endoskopische Uebungen am Phantom, an Thieren und Leichen empfohlen wurden, deren Werth vom Verfasser nicht überschätzt und das Hauptgewicht auf die Einübung im richtigen Einstellen des Rohres und im richtigen Erfassen des Fremdkörpers am Phantom gelegt wird. Im zweiten Capitel wird die Localanästhesie (zu der Verf. eine eigene Pinselspritze angiebt), die Narkose und die Sauerstoffeinathmung sowie deren Indicationen und Anwendung besprochen. Im dritten Capitel wird die Kirstein'sche Autoskopie dargestellt, zu der Verf. den Autoskopiespatel eigens modificirt. Nach Schilderung der regelrechten Einführung desselben bespricht er die Fehler, die man hier begehen und die Schwierigkeiten, denen man hier begegnen kann. Letztere können durch Gegendruck auf den Kehlkopf wesentlich vermindert werden und dieser lässt sich, abgesehen vom Fingerdruck, durch den vom Verf. angegebenen „Gegendrücker“ ausüben, den man am Griffe des Autoskopes befestigen kann. Durch den Gegendruck auf den Kehlkopf wird nicht nur die Autoskopie, sondern werden auch die Operationen auf dem autoskopischen Wege erleichtert, so dass das Gebiet derselben erweitert werden kann, wozu Verf. entsprechende Instrumente angiebt. Im vierten Capitel werden die anatomischen Verhältnisse und die Dimensionen der Trachea und der Bronchien berücksichtigt. Verf. bedient sich dazu der Radiogramme, die er durch Injection des Bronchialbaumes mit eigens hergestellter Gelatinelösung mit Bleipräparat an Leichen erhalten hat. Im Nächstfolgenden wird die Locomotion und die Lumenveränderung der Trachea und der Bronchien besprochen und erstere als minimal, letztere bei nachgiebigen Trachealwänden der Kinder als ganz deutlich bezeichnet. Richtig ist die Behauptung, dass bei Stenosen des gemeinsamen Luftrohres, die sich oberhalb des Thorax befinden, die erweichten Trachealwände beim Inspirium in das Lumen angesaugt, bei Stenosen der Trachea innerhalb des Brustkastens aber beim Exspirium hineingedrängt werden müssen. Zum Schluss werden noch die pulsatorischen Bewegungen und die „deglutatorische Compression“ der Trachea beim Hinunterschlucken grösserer Bissen erwähnt. Im fünften Capitel wird die Tracheobronchoskopie dargestellt. Zunächst wird die Einstellung des bronchoskopischen Rohres, dessen Einführung in die Bronchien

und die Beurtheilung des bronchoskopischen Bildes bezüglich seiner Lage und Grösse ausführlich besprochen. Dann wird die Wahl zwischen den Eingriffen auf dem Wege der oberen und der unteren Tracheobronchoskopie, die allgemeinen Vorbereitungen und die Wahl von entsprechenden Röhren und Instrumenten erörtert. Es folgt die untere Tracheoskopie, wobei auch die Besichtigung des Kehlkopfes von der Trachealfistel her (die untere Laryngoskopie) berücksichtigt wird. Dann wird die untere Bronchoskopie dargestellt, bei der auch die Einstellung des Bronchoskopes auf die Bronchialäste der beiden Oberlappen der Lungen mit Einführung des Gastroskopes (mit Prisma und Licht am Ende des Rohres) zu deren Besichtigung erwähnt wird. Es folgt die obere Tracheobronchoskopie, bei der die Anaesthesirung, die Einführung des Tracheobronchoskopes und der Gang der Untersuchung selbst besprochen wird. Das Capitel schliesst mit der „Tracheographie“ und „Bronchometrie“, die vom Verf. zur Bestimmung der Lage der tracheo- resp. bronchoskopisch wahrnehmbaren Abnormitäten der Luftröhre (Stenose, Deviation) resp. der Bronchien erdacht worden sind. Im Capitel VI wird speciell die autoskopische Untersuchung der Kinder mit Hinweis auf die relative Häufigkeit der Inspiration von Fremdkörpern im Kindesalter besprochen. Dann werden die entsprechenden Modificationen am Instrumentarium sowie in der Ausführung der directen Laryngoskopie dargestellt, wobei die Schwierigkeiten, denen besonders letztere bei Kindern begegnet, berücksichtigt werden. Ich mache hier auf den Autoskopiespatel mit einem Spalt auf der rechten Seite aufmerksam, den Verf. bei Kindern gebraucht. Im siebenten Capitel fängt die Oesophagoskopie mit der Geschichte ihrer Entstehung an, worauf die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Speiseröhre erörtert werden. Dann wird das Instrumentarium und die Voruntersuchung besprochen, wobei auch die Sondirung der Speiseröhre sowie die Contraindicationen derselben und der Oesophagoskopie berücksichtigt werden und zuletzt die „Oesophagoskopirbarkeit“ erörtert werden. Es folgt die Technik der Untersuchung, bei welcher die Cocainanaesthesie, die subcutane Morphiumanwendung und die allgemeine Narkose sowie die Untersuchung im Sitzen, in der Rücken- und der Seitenlage besprochen wird. Nachher wird die Einführung des oesophagoskopischen Rohres mit Mandrin und ohne denselben (bei Gesichtscontrolle) und der Gang der ganzen oesophagoskopischen Untersuchung ausführlich dargestellt. Zum Schluss wird noch die „Oesophagoskopie mit Luftaufblähung“ und die „oesophagoskopische Dilatation“ (zur Extraction fest eingekeilter Fremdkörper) beschrieben, welche vom Verf. erdacht wurden; dann wird die Einführung von Bougies durch das oesophagoskopische Rohr bei Oesophagusstenosen besprochen und zuletzt die Untersuchung vom Magen her nach der Gastrostomie (die „retrograde Oesophagoskopie“) erwähnt.

Wie aus dem Obigen ersichtlich, wird hier die oculare Untersuchung der Luftwege und der Speiseröhre sowie die Ausführung verschiedener Eingriffe in denselben mit Benützung der besten Hülfsmittel dargestellt. Der Verf. kommt durch theoretisches Raisonnement auf Grund physikalischer Gesetze zu Schlüssen, die er dann praktisch zu verwerthen trachtet und entsprechend denen er verschiedene Modificationen am Untersuchungs- und Operationsinstrumentarium anbringt oder auch neue Instrumente für specielle Zwecke angiebt. Dieser Weg scheint zur

Lösung von optischen und mechanischen Problemen auch der richtige zu sein, indem die Brünings'schen Bronchoskope überall die Anerkennung gefunden haben. Desgleichen muss auch Referent, an dessen Klinik dieselben jetzt gebraucht werden, deren leichte Handhabung und gute Beleuchtung besonders hervorheben. Die öfters vorkommenden theoretischen Erwägungen, die mitunter auch kürzer gefasst werden könnten, können demjenigen, der das Praktische sucht, zum Theil überflüssig erscheinen; dafür aber findet man auch viele praktische Winke, die für Jeden, der mit den autoskopischen Untersuchungen zu thun hat, von grossem Werthe sind. Es muss auch die reichliche Ausstattung des Werkes mit sehr instructiven Illustrationen hervorgehoben werden. Pieniazek (Krakau).

c) **Garel. Diagnostic et traitement des maladies du nez.** (3. Auflage.) Vogot frères, Paris.

Der Verf. hat in dieser Auflage sein Lehrbuch der Nasenkrankheiten völlig umgearbeitet und erneuert. Das Buch soll sich nach der Absicht seines Autors an die allgemeinen Praktiker wenden, die den Wunsch haben, von der Rhinologie und ihren Methoden eine allgemeine Vorstellung zu erhalten; der Verf. ist in der Werthschätzung seines Werkes aber viel zu bescheiden, denn sein Buch enthält eine vollständige und eingehende Beschreibung aller in der Nasenhöhle und ihren Adnexen vorkommenden Erkrankungen sowie der modernen Behandlungsmethoden dieser Regionen.

Im Gegensatz zu dem, was bei der Lectüre deutscher Lehrbücher auffällt und was man oft auch in unserem eigenen Lande beobachten kann, hat Garel die Arbeiten seiner Landsleute in reichem Maasse benutzt und deren Ansichten mit grosser Schärfe auseinandergesetzt, ohne dass es nöthig wäre, dabei zu bemerken, dass er die fremdländischen Autoren anzuführen nicht vergisst. Im Gegentheil, er lässt jedem von ihnen sein Recht werden.

Das mit 145 Abbildungen im Text und 4 Tafeln ausgestattete Buch Garel's stellt einen werthvollen Beitrag zur rhinologischen Literatur dar. Es wird nicht nur von den allgemeinen Praktikern, sondern auch von dem Specialisten mit Nutzen gelesen werden, denn es enthält das Resultat einer langen persönlichen Erfahrung.

Garel ist nicht nur Specialist, er ist auch ein hervorragender allgemeiner Mediziner, der — wie er das am Schlusse seiner Vorrede ausführt — Werth auf die Erfahrung legt, dass manche specielle Erkrankungen aus einer Allgemeinerkrankung herrühren, deren Behandlung bisweilen schon genügt, um jene zur Heilung zu bringen. E. J. Moure.

d) **G. W. Bratt** (Stockholm). **Die Physiologie der Sprachstimme vom pädagogischen Gesichtspunkte.** Populäre Vorlesungen. Stockholm 1908.

Diese Arbeit ist von einem in seiner Heimath wohl gekannten und hoch geschätzten Gesanglehrer herausgegeben, der auch praktischer Arzt ist; hierher gehörende Fragen haben folglich theils vom Gesichtspunkte des Arztes, theils von dem des erfahrenen Pädagogen behandelt werden können.

Da wir der Arbeit in allen ihren zahlreichen und interessanten Details nicht

folgen können, erlauben wir uns, nur über einige von den wichtigsten Hauptpunkten zu berichten.

Als erste Bedingung des richtigen Gebrauches der Sprachstimme stellt Verf. das Studium des Athmenmechanismus auf; hier müssen wir das normale physiologische Athmen von dem Sprach- und Gesangsathmen scheiden: jenes ist ein actives Ein- und passives Ausathmen, dieses auch ein actives Ausathmen. Die Luft soll während des Ausathmens unter einem gewissen Druck gehalten werden; der Ausdruck „die Luft zu sparen“ darf aber niemals so verstanden werden, dass der Schüler mit falschen Spannungen im Halse die Luft in die Mundhöhle zu kommen verhindert. Die Kraft, die Lungen zu entleeren ohne falsche Muskelspannungen, muss wenigstens ebenso so oft geübt werden als die Kunst, die Lungen zu füllen; alle Athmungsübungen werden nämlich nutzlos, sobald man falsche Spannungen mit der Zungenwurzel, dem Unterkiefer, den äusseren Muskeln des Halses und den Schultern macht.

Nach einem richtigen Athmen muss man richtig intoniren; die Mechanik desselben wird als eine reflectorische Zusammenwirkung zwischen 1. dem Musc. vocalis, 2. den Adductoren und 3. den Spannern des Kehlkopfes geschildert. In einer ungeheuer grossen Anzahl von Fällen geht die Intonation nur mit den Muskeln 2 und 3 vor sich, ohne dass der Vocalis sich reflectorisch contrahirt. Die hierdurch verminderte elastische Widerstandskraft gegen den Luftdruck von den Lungen wird jetzt von einigen falschen Muskelspannungen in der Hals- und Schlundmusculatur ersetzt, wodurch die wohlbekannten Symptome, Ermüdung, Schmerzen und Schleimabsonderung entstehen.

Die Tonsäule muss ferner in die Resonanzorgane hinausgeleitet werden; diese sind die mit Luft gefüllten Höhlungen der Nase, des Schlundes und des Mundes. Die Resonanz der Nase, die der harte oder kleine Nasenklang genannt wird, entsteht im Skelett der Nase und reicht bis zu den Choanen; im Nasopharynx finden wir den weichen Nasenklang und im Hypopharynx den Brustklang. Die wichtigste Resonanz der Sprachstimme ist in der Mundhöhle zu finden und wird von dem Gewölbe des harten Gaumens hervorgerufen, da die Lippen und Zähne des Oberkiefers dem Ton keine besondere charakteristische Resonanz, sondern nur eine grössere Anschlagsfläche geben. Die verticale Zone der Zunge soll während der Articulation so vollständig wie möglich in der Lage, die sie bei dem ruhigen diaphragmatischen Athmen hat, unverändert gehalten werden.

Die meisten Spannungen bei der Intonation und Articulation entstehen an der Umbiegungsstelle und am verticalen Theil der Zunge und die meisten Zwangsstellungen des Kopfes, des Kinns, der Zungenspitze u. s. w. sind als mechanische Folge dieser Zungenspannung anzusehen.

Nachdem Verf. weiter daran erinnert hat, dass die Articulation und die Intonation nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, von einander abhängig sind und zeitlich mit einander zusammenfallen, ferner, dass eine Verwechslung von Lippen- und Kieferöffnung nicht stattfinden darf, endigt er seine Arbeit mit einer Zusammenstellung von solchen Uebungen, die von dem Schüler gelernt und geübt werden müssen, um das Sprachorgan so correct wie möglich brauchen und ev. Fehlerhaftigkeiten corrigiren zu können. E. Stangenberg.

e) Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia.

XII. Jahresversammlung 21. bis 25. October 1908 in Turin.

Putelli (Venedig): Referat: Ueber die Infectionen des Organismus durch Vermittelung des Waldeyer'schen Schlundrings.

Referent theilt seinen Vortrag in drei Hauptabschnitte: 1. Physiologie der Tonsille; 2. acuten Gelenkrheumatismus; 3. Tuberculose. Bezüglich des ersten Punktes kommt er zu dem Schluss, dass der lymphatische Schlundring nur zum geringsten Theil an der Blutbildung betheiligt sei und dass er zu der Zusammensetzung der Mundflüssigkeiten beiträgt. Seine prophylactische Thätigkeit ist dieselbe, wie bei jeder Lymphdrüse: durch Filterthätigkeit gegenüber den Bakterien und Phagocytose. Der Schlundring, besonders im Zustand der Hypertrophie, stellt oft die Eingangspforte für regionäre und allgemeine Infectionen dar.

Den acuten Gelenkrheumatismus erklärt Verf. für eine abgeschwächte Pyämie und setzt ihn in Beziehung zu den Anginen.

Referent bespricht dann das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Nase, Mundhöhle und im Nasenrachen anscheinend gesunder Individuen, ferner die primäre Tuberculose der Rachen- und Gaumenmandeln, sodann die secundären Tuberculosen derselben und geht dann ausführlich auf die zwischen pathologischen Anatomen und Klinikern schwebende Frage über, ob zwischen Cervical- und Bronchialdrüsen Lymphbahnen bestehen oder nicht.

C. Poli (Genua): Klinische Bedeutung des blutigen Auswurfs im Jünglingsalter.

Bei jungen Leuten im Alter von 15—25 Jahren findet sich bisweilen des Morgens in dem aus dem Rachen herausbeförderten Secret Blut; diese Erscheinung kann vereinzelt bleiben, kann sich aber auch im Laufe des Tages und an dem folgenden Morgen wiederholen. Nach den Erfahrungen des Redners liegt die prädisponirende Ursache für diese Erscheinung in den besonderen anatomischen Bedingungen, die im Jünglingsalter durch den Involutionsprocess des hypertrophischen lymphatischen Gewebes gegeben sind. Es handelt sich nämlich in den meisten Fällen um Träger adenoider Vegetationen. Durch Untersuchungen der in Involution begriffenen Rachentonsille ist festgestellt, dass mit der allmählichen Rückbildung des adenoiden Gewebes eine stärkere Entwickelung der Lymph- und Blutgefässe im Pharynx einhergeht, so dass letztere manchmal nur von dem Epithel bedeckt, in sehr erheblicher Dicke hervortreten. Dazu kommt, dass infolge der mangelhaften Thoraxentwickelung der Rückfluss des Blutes meist etwas behindert ist. So kann es unter dem Einfluss gelegentlicher Ursachen (Alkoholmissbrauch, Menstruation etc.) leicht zu kleinen Gefässzerreissungen kommen.

Nieddu: Eine kleine Appendicitis-Epidemie, studirt in Bezug auf ihre Beziehungen zu dem Zustand des lymphatischen Schlundrings.

N. hat 5 Fälle seiner Betrachtung zu Grunde gelegt, in denen auf eine eitrige Strepto kokken-Tonsillitis eine Appendicitis mit Abscessbildung folgte. In dem einen

tödtlich verlaufenden Falle hat er Eiterherde in der rechten Tonsille, Thrombose der abführenden Lymphgefässe bis zum Ganglion retro-maxillare, in diesem gleichfalls punktförmige Abscesse gefunden.

Nieddu: Ein Fall von Meningitis cerebro-spinalis nach Angina der Rachentonsille.

Redner berichtet über einen Fall, der die bereits auf der vorigen Versammlung von ihm vertretene Behauptung stützt, dass die Meningitis cerebro-spinalis häufig pharyngealen Ursprungs ist und dass die Infection sich nicht auf dem Wege der allgemeinen Circulation, sondern auf dem directen Blut- oder Lymphwege vom Rachen nach dem Rachendach und in die Schädelhöhle ausbreitet.

Putelli: Ueber Meningokokken-Rhino-Pharyngitis.

Häufiger als bei Erwachsenen wurden Meningokokken bei Kindern gefunden; in einem Falle bestand eine wahre Rhinitis purulenta und im Secret fand sich der Meningococcus.

Tommasi: Tiefer Halsabscess nach chronischer reacerbirender Tonsillitis.

Bericht über einen Fall.

Onodi: Angiom der Uvula.

Es handelte sich um einen haselnussgrossen an der Spitze der Uvula sitzenden Tumor, der nach vorheriger Ligatur der dilatirten Gefässe auf dem weichen Gaumen und unter submucöser Anästhesie mittels des Thermokauters abgetragen wurde.

Citelli: Nochmals über den vor 5 Jahren mitgetheilten Fall von Adenocarcinom der Tonsillen.

Redner hat vor 5 Jahren in Fränkel's Archiv über einen durch Operation per vias naturales geheilten Fall der Tonsillen berichtet. Es besteht jetzt ein Recidiv an dem entsprechenden Rand der Zunge.

Hahn (Turin): Neue Behandlungsart der Angina lacunaris.

Die in 23 Fällen angewandte Methode ist folgende: Ausspülung der Crypten mit einer lauwarmen Mischung von 3proc. Borsäurelösung und Wasserstoffsuperoxyd zu 12 Volumen in gleichen Theilen; diese Mischung wird mittels geeigneter Canülen in jede Lacune, besonders auch in den Recessus palatinus injicirt. Danach injicirt man in gleicher Weise wiederholt in die Lacunen eine 2,5proc. Lösung von Novocain mit 1prom. Adrenalinlösung und bläst schliesslich auf die ganze Oberfläche der Tonsille Anästhesin oder Orthoform. Es soll sofort Nachlassen der Beschwerden und in 24—36 Stunden völlige Heilung eintreten.

Nicolai (Mailand): Keratose des Pharynx.

Bericht über zwei Fälle. In dem einen waren disseminirte Flecke auf den Gaumenbögen, Tonsillen und im Nasenrachen; im zweiten waren besonders die Tonsillen befallen.

Die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe entnommenen Stückes er-

gab die Anwesenheit zahlreicher Bacillen, die ausser in die keratösen Knötchen auch in das darunter liegende Gewebe eingedrungen waren.

Citelli: Drei Fälle von primärer Gangrän der Mandeln, von denen einer mit Antistreptokokkenserum geheilt.

Die beiden anderen Fälle verliefen tödlich.

Poppi (Bologna): Luschka'sche Tonsille. Canalis cranio-pharyngeus und Hypophysis.

Verf. berichtet über zwei Fälle von jungen Leuten, bei denen er einen Morbus Basedow nach Abtragung der Rachentonsille schnell heilen sah; er erinnert an die von Holz (Berlin) gemachte gleiche Erfahrung. Er theilt ferner einen Fall von linksseitigem Glaucom nach Verletzung des Trigeminus mit, das nach Iridectomie keine Besserung zeigte, 2 Jahre darauf aber nach Entfernung der adenoiden Vegetationen rapid heilte. Auch ein Morbus Addisonii besserte sich schnell und auffallend nach dieser Operation.

Redner sucht die Erklärung für die Thatsache in einer gestörten Function der Hypophysis.

De Cigna (Genua): Die oculare Diagnose der Oesophaguskrankheiten.

Redner macht auf Grund von 70 von ihm ausgeführten Oesophagoskopien Bemerkungen über Technik und Klinik der Oesophagoskopie.

Er räth, die Oesophagoskopie immer unter Cocainanästhesie vorzunehmen, und zwar die Einführung des Tubus in sitzender Stellung auf dem Operationstisch, die eigentliche Untersuchung aber in Rückenlage. Er demonstrirt ein Oesophagoskop, dessen Mandrin in einer Länge von 4 cm als eine weiche Spirale über den Tubus hinausragt, sich auf der Rachenwand umbiegt und so den Tubus selbst leitet. Er berichtet über Fälle von Fremdkörpern, Narbenstenosen, Carcinomen, drei Fällen von Spasmus bei Hysterischen und einen Fall von Atonie der Oesophaguswandungen bei einem Greise.

Nicolai: Oesophagotomia interna und Elektrolyse bei Oesophagusstenose.

Es handelte sich um einen Fall von Oesophagusstenose infolge Aetzung mit Schwefelsäure, die ungefähr 25 cm von der Zahnreihe begann. Der ösophagoskopische Befund liess eine ringförmige Stenose vermuthen und Redner machte deshalb die Oesophagotomia interna mit verschiedenen Incisionen. Mittels der Sondirung konnte jedoch festgestellt werden, dass die Stenose 7 cm nach abwärts reichte; daher setzte N. die Behandlung mit der Elektrolyse fort, die in wenigen Sitzungen ausgezeichnete Resultate ergab.

Cagnola (Mailand): Beitrag zur Extraction von Münzen aus dem Oesophagus.

In drei Fällen, wo 5-Centesimistücke in die Speiseröhre gefallen waren, hatte C. mit der Oesophagoskopie keinen Erfolg; wie er vermuthet, weil die Münze zwischen dem Rohr und der vorderen Speiseröhrenwand verborgen blieb. Die Extraction gelang mit dem Kirmisson'schen Haken.

Onodi: Stimmbandlähmung mit Mydriasis.

Ein Mediastinalsarkom verursachte einseitige Stimmbandlähmung und Mydriasis auf derselben Seite. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Stamme des Recurrens eine beginnende Degeneration des Myelin ohne sonstige Veränderungen.

Mancioli: Ueber zwei Symptome bei Läsionen des Recurrens. (Bradycardie und Anästhesie des Kehlkopfeingangs.)

Bradycardie hat M. bei Hunden bei Zerrung des Recurrens erhalten, aber nicht bei Durchschneidung oder Compression. Die Wirkung soll durch indirecte Zerrung des Vagus zu Stande kommen; sie erfolgte bereits bei minimalen Zerrungen, bevor noch Bewegungsstörungen im Larynx auftraten.

Das Massei'sche Symptom hat Redner in allen klinischen Fällen getroffen, er hat es experimentell bei 10 Hunden hervorgerufen. Er schreibt die Erscheinung einer Neuritis zu, die vom Recurrens zum Ganglion plexiforme aufsteigt und von dort zum Laryngeus superior hinabsteigt.

Nicolai: Ein Fall von Avellis-Jackson'schem Symptomencomplex.

Genauer Bericht über einen Fall von Lähmung der X., XI., XII. Hirnnerven. N. glaubt, es handelte sich um eine tuberculöse Basilarmeningitis, durch die eine Compression der Nerven bei ihrem Austritt aus der Schädelhöhle bewirkt wurde.

Arslan (Padua): Radicalbehandlung der Larynxstenosen.

A. demonstrirt zwei Kranke, die er mittels eines von ihm angegebenen Apparates von ihrer — andererseits lange resultatlos behandelten — Larynxstenose geheilt hat. Der Apparat, der ohne Unbequemlichkeit 5—9 Tage lang getragen werden kann, dient einerseits zur Phonation des Larynx, andererseits hält er die Trachealöffnung durchgängig. Redner giebt eine Statistik der von ihm bisher behandelten Fälle; er verwirft die Laryngostomie.

Nicolai: Doppelseitige Hemiplegie des Kehlkopfs; Chordectomie.

Die Lähmung erfolgte infolge Verletzung der N. recurrentes bei Entfernung beider Schilddrüsenlappen.

N. machte die beiderseitige Chordectomie per vias naturales mit nachfolgender Intubation mit kurzen dreieckigen Tuben, die von ihm angegeben sind; durch dieselben wird die Bildung von Synechien verhindert und die Epidermisirung des neugebildeten Gewebes an Stelle der Stimmbänder angeregt. N. demonstrirt seine Canülen und Präparate von dem aus Bindegewebe und elastischen Fasern bestehenden neugebildeten Gewebe.

Ferreri: Ueber die Technik der Laryngostomie.

F. berichtet über zwei von ihm mittels erheblich modificirter Technik operirte Fälle: Er entfernte den ganzen vorderen Theil des Ringknorpels, so dass der Kehlkopf in gerader Richtung weit mit der Trachea communicirte. Die Dila-

tation wurde mittels Tampons von comprimirter Watte bewirkt. F. setzt die Vortheile der von ihm befolgten Modificationen auseinander.

Melzi und Cagnola: Neue Beiträge zur Laryngostomie.

Bericht über drei neue mittels Laryngostomie geheilte Fälle von chronischer Kehlkopfstenose nebst genauer Beschreibung der angewandten Technik.

Gradenigo: Ueber Laryngostomie, Laryngofissur und Tracheostomie.

Den Namen Tracheostomie will G. reservirt wissen für die Fälle, in denen bei subglottischer Stenose es genügt, nur den oberen Theil der Trachea offen zu halten, um so von unten her das Kehlkopftumen tamponiren zu können. Er berichtet über einen so operirten Fall und demonstrirt zwei laryngostomirte Patienten, einen alten wegen Stenose infolge schwerer Syphilis des Larynx tracheotomirten Mann und einen jungen Patienten, bei dem die Stenose ganz acut wahrscheinlich infolge entzündlicher Zustände mit Betheiligung des Aryknorpelgelenkes aufgetreten war. Im ersten Falle trat Heilung in 2, im zweiten nach circa 5 Monaten auf. G. zieht die Tamponade mit Gaze der Anwendung von Caoutchouktuben vor.

Canépele (Bologna): Zwei neue Fälle von Laryngostomie.

1. 28jähriger Mann; Trachealtumor, Laryngofissur; nach Abtragung des Tumors bleibt die subglottische Partie durch das Vorspringen der hinteren Wand verengt. Progressive Dilatation einen Monat lang. Heilung.

2. Knabe, dem ein Kürbiskern in den Larynx gerathen war. Tracheotomie; Expulsion des Fremdkörpers. Decanulement unmöglich. Nach 8 Monaten Laryngostomie; der Larynx ist concentrisch verengt. Dilatation 3 Monate; Naht; Heilung.

Strazza (Genua): Zwei Fälle von Larynxexstirpation wegen Carcinom.

St. befolgt die Technik Gluck's. Er berichtet die beiden Krankengeschichten und demonstrirt die exstirpirten Kehlköpfe.

Rugani (Siena): Sepsis des Kehlkopfs nach Streptokokkensepticämie.

R. berichtet über einige Fälle von Sepsis des Respirationstractus mit Larynxstenose, in denen immer Streptokokken und keine Diphtheriebacillen gefunden wurden; diese Larynxsepsis war immer secundär nach allgemeiner Streptokokkeninfection. Er berichtet genauer über einen Fall nebst Sectionsbefund und betont die Nothwendigkeit, rechtzeitig mit der Tracheotomie bei der Hand zu sein.

Gavello: Betrachtungen über Fremdkörper im Kehlkopf.

Die Betrachtungen gehen von einem Fremdkörperfall bei einem 20 Monate alten Mädchen aus.

Calamida: Traumatische Kehlkopferkrankungen.

Zwei Fälle von Contusion mit Heilung und zwei Fälle von Fractur, die trotz der Tracheotomie ungünstig verliefen.

Pinaroli (Turin): Kehlkopfwunden.

P. giebt eine Studie über die Schuss- und Schnittwunden des Kehlkopfs. Er kommt zu dem Ergebniss, dass es nothwendig ist, die präventive tiefe Tracheotomie zu machen, dann bald mit Catgutnähten die verletzten Theile zu nähen, wobei immer eine Hautdrainage gelassen werden muss. Er erhielt immer völlige Heilung mit völliger functioneller restitutio ad integrum.

Strazza: Ueber die Vernarbung linearer Kehlkopfwunden.

St. demonstrirt zahlreiche mikroskopische Präparate, aus denen hervorgeht, dass bei linearen Kehlkopfwunden die beiden Enden des incidirten Knorpels durch ein compactes fibröses Gewebe vereinigt werden. An der inneren, nach dem Kehlkopflumen zu gelegenen Partie dieses fibrösen Callus unterscheidet man Inseln von neugebildetem Knochen- und Knorpelgewebe, die gleichsam die Continuität des Knorpel-Knochenskeletts wieder herstellen.

Gavello: Tumor der Epiglottis.

Es handelte sich um ein sehr grosses Angiofibrom.

Hahn: Die Galvanokaustik in der Behandlung der Larynxtuberculose.

Bereits referirt, cfr. Centralblatt 1909, S. 417.

Mengotti: Ueber einen Fall von Spasmus glottidis.

Der an sehr heftigen Spasmen seit Jahren leidende und vielfach umsonst behandelte Patient wurde erheblich gebessert durch Abtragung des unteren Theils der hypertrophischen Uvula; ausserdem wurde Patient angewiesen, besonders während der Anfälle durch die Nase zu athmen, und die entzündete Schleimhaut der oberen Luftwege täglich behandelt.

Onodi: Präparate von Nebenhöhlen.

Demonstration von 3 Schädeln, die erst durchleuchtet und mit Röntgenstrahlen untersucht und dann eröffnet wurden. Im ersten Fall fehlten beide Stirnhöhlen, im zweiten gaben die angewandten Untersuchungsmethoden dieselben Resultate, im dritten ergab die elektrische Durchleuchtung nur Spuren von Stirnhöhlen, während mittels Röntgenbild und nach Eröffnung sich zeigte, dass sie gut entwickelt waren.

Durchleuchtung und Röntgendurchstrahlung bei 1200 Schädeln ergaben: Bei der Radioskopie fehlten die Stirnhöhlen in 5 pCt. der Fälle beiderseits, seltener auf einer Seite; bei der elektrischen Durchleuchtung fehlten sie beiderseits in 30 pCt., rechts allein in 10 pCt., links allein in 10 pCt. der Fälle.

Onodi: Demonstration von Präparaten:

1. Präparat zur Demonstration der innigen Beziehungen des N. opticus zu der Keilbeinhöhle und den hinteren Siebbeinzellen.

2. Mittlerer Nasengang mit 5 in die Oberkieferhöhle führenden Oeffnungen.

3. Grosse alveolare Cyste, die die Highmorshöhle einnimmt.

4. Ein Präparat, in welchem alle Siebbeinhöhlen zu einer grossen Höhle verschmolzen sind und auf einer Seite mit der Stirnhöhle communiciren.

Onodi: Sinusitis frontalis und Meningitis serosa.

Bericht über einen Fall; Heilung ohne chirurgischen Eingriff.

Pusateri (Palermo): Beitrag zum Studium der Stirnhöhleneiterungen.

Bericht über Experimente, die an jungen Hunden vorgenommen wurden, um den Verlauf von Stirnhöhlenentzündungen zu studiren, die durch chemische Mittel oder Bakterien hervorgerufen wurden. Die mit Gift behandelte Stirnhöhle zeigte sich nach 48 Tagen gesund; bei Stirnhöhlen, die mit Staphylokokken inficirt waren und bei denen jedoch eine genügende Communication mit der Nase hergestellt war, fand man nach 30 Tagen in den abhängigen Partien Eiter, die Schleimhaut verdickt und mit Granulationen bedeckt. Der entzündliche Process erstreckte sich bis auf den Knochen.

Marchesa (Turin): Modificationen der Nasenflora nach dem Wechsel der Jahreszeiten und der Höhen.

Die Zahl der Mikroorganismen in der Nase ist am grössten im Sommer; es folgen: Herbst, Frühling und schliesslich Winter. Die Menge ist grösser in der Seestadt (Genua), als in Turin, Mailand, Aosta. Niemals wurde eine bactericide Eigenschaft des Nasensecrets gefunden. Redner konnte sehr häufig die Anwesenheit pathogener Mikroorganismen constatiren, sie waren aber stets sehr abgeschwächt; niemals konnte er virulente isoliren.

Citelli: Vereiterte Mucocele der Stirnhöhle, nach der vom Verf. angegebenen Methode operirt.

C. erhielt mittels Anwendung seiner Methode — Ausfüllung der Höhle mittels Jodoform-Paraffin — völlige Heilung.

Balla: Ein Fall von ungewöhnlichem Nasenreflex.

Berührte man bei der 33jährigen syphilitischen Patientin den oberen Theil des Septum nnd die untere Muschel, so trat auf derselben Seite eine Trigeminusneuralgie auf; bei Berührung des Septum in seiner Mitte und in der Mitte des antero-posterioren Durchmessers trat lebhafte Neuralgie des linken Ischiadicus und linksseitige Parese des Armes ein. Nach Cocainisirung des Septums schwanden Schmerzen und Parese.

Mengotti (Venedig): Zwei Fälle von Convulsionen von epileptischem Typus nach Nasentamponade.

M. hat in zwei Fällen infolge Tamponade nach Conchotomia inferior epileptische Anfälle auftreten sehen. Er glaubt, dass viele Epileptiker nasenleidend seien und die Anfälle in diesen Fällen reflectorisch von der Nase ausgelöst werden. Er giebt eine Erklärung für den Mechanismus des Zustandekommens dieser Anfälle.

D'Ajutolo: Polyphobie und andere nervöse Störungen bei einem rhinopathischen Individuum.

Der 25jährige, an allen möglichen Phobien leidende Mensch wurde durch Operation der hyperplastischen unteren Muschel geheilt.

Tormene: Complicirter Symptomencomplex infolge eines grossen Rhinolithen.

Der 6,35 g schwere Rhinolith, in dessen Centrum eine kleine Erbse steckte, sass in der linken Nase und hatte während seines langen Verweilens daselbst folgende Erscheinungen hervorgerufen:

Linksseitige Otorrhoe, Neuralgie des 2. Trigeminusastes, Sausen im linken Ohr; epileptiforme Anfälle (4—5 im Monat), häufigen Schwindel, Enuresis nocturna. Alle diese Erscheinungen verschwanden nach Entfernung des Nasensteines.

Gavello: Die Behandlung der Nasenrachenfibrome mit Fibrolysin.

G. beschreibt die Technik der von ihm angewandten interstitiellen Fibrolysininjectionen in den Tumor und die damit in einigen Fällen erzielten Resultate. Er empfiehlt die Methode für die fibrösen Tumoren der Nase und des Nasenrachens, besonders diejenigen Fälle, bei denen bei der Operation eine schwere Blutung zu erwarten wäre.

Tormene: Ueber die Resistenz der rothen Blutkörperchen bei adenoiden Vegetationen und Nasentumoren.

Vorläufige Mittheilung. T. hat in einem Falle Vermehrung, in einem anderen keine Veränderung der normalen Verhältnisse gefunden.

Nieddu: Nasenpolypen mit langwährender Aufhebung der Nasenathmung.

Der Patient, bei dem die Nasenathmung seit 10 Jahren völlig aufgehoben war, war ein Champion im Lauf-, Radfahr- und Rudersport.

Bruzzone: Blutende Septumpolypen.

Demonstration mikroskopischer Präparate von sechs Fällen, aus denen die angiomatöse Structur der Tumoren hervorgeht.

Nieddu: Die Enuresis in Beziehung zur Oto-Rhino-Laryngologie.

N. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen zur Erklärung der Enuresis nocturna aufgestellten Theorien. Er giebt eine Schilderung der bei 20 Patienten mit Enuresis beobachteten Symptome und kommt zu folgendem Schlusse: Die Enuresis ist eine Neuropathie oder eine Psychopathie, die wahrscheinlich secundär zu einer Drüseninsufficienz, speciell einer Insufficienz der Schilddrüse und der Nebennieren hinzukommt; die adenoiden Vegetationen haben entweder keinen causalen Einfluss oder sind nur eine Begleiterscheinung und eine der Insufficienz anderer Drüsen secundäre Erscheinung, oder wenn sie irgendwelche Wirkung haben, so unterscheidet sich diese nicht von der bei Drüsen mit innerer Secretion.

Nicolai: Transnasale Hypophysectomie bei Akromegalie.

Fall bei Akromegalie, der seit 10 Jahren besteht. Auf Grund der Radioskopie wurde eine Vergrösserung der Hypophysis diagnosticirt. Abtragung der Hypophysis in zwei Sitzungen auf dem transnasalen Wege. Exitus am 6. Tage

infolge Meningitis. Die histologische Untersuchung ergab eine einfache Hyperplasie der Drüse.

Staurenghi: Das Alypin in der oto-rhino-laryngologischen Praxis.

Empfiehlt die Anwendung 5—10proc. Lösung.

Mongardi: Ein neues Tonsillotom.

Eine Art Zange zum Morcellement, das sich für die Abtragung der vier Mandeln, der Uvula, Epiglottis, Tumoren der Zungenbasis etc. eignet.

De Cigna: Demonstration von Instrumenten.

1. Modification am Handgriff des Mandrins für die Trachealcanüle; gestattet mittels eines Gelenkes die unmittelbare Extraction der Canüle auch in Fällen sehr tiefer Tracheotomie.
2. Röhrenführer für die directe Tracheobronchoskopie.
3. Zange zur Entfernung des abgeschnittenen Stückes nach der Conchotomie.

Onodi: Instrument zur breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle.

Finder.

---

f) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

56. und 57. Sitzung vom 30. und 31. October 1908.

Freer (Chicago) entwickelte in einem Vortrag seine Methoden für Tonsillectomie und für submucöse Septumresection und demonstrirte beide Methoden an Patienten.

58., 59. und 60. Sitzung vom 18. November und 16. December 1908 und 16. Januar 1909.

Nur otologische Mittheilungen.

61. Sitzung vom 17. Februar 1909.

Vorsitzender: G. Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

1. N. Rh. Blegvad: Vorläufige Mittheilung über die Behandlung der Kehlkopftuberculose mittels Radiumemanation.

Die mitzutheilenden Fälle sind nur als Glied einer grösseren, von Dr. Jansen vorgenommenen Untersuchungsreihe aufzufassen.

Die „Emanation“ hat dem Radium selbst gegenüber den Vortheil, dass sie die Schleimhaut des Kehlkopfes, der Lungen u. s. w. direct beeinflussen kann, also Stellen, die der directen Bestrahlung mittels Radium unzugänglich sind. Sie wird in Wasser gelöst und dann mittels eines Luftstromes wieder fortgerissen und durch eine gebogene Glasröhre gegen den Aditus laryngis geleitet. In jeder Sitzung wurden 200000 Emanationseinheiten verwendet und die Sitzungen wurden täglich oder jeden zweiten Tag wiederholt.

In einem Falle wurde ein ziemlich grosses, in der Regio interarytaenoidea befindliches Infiltrat zum völligen Schwinden gebracht, der Fall ist aber insofern nicht einwandsfrei, als nur einmal Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden und in den Lungen nichts Sicheres gefunden wurde. Ferner sind 4 Patienten mit unzweifelhafter Kehlkopftuberculose noch in Behandlung; in 2 Fällen sind wenigstens die subjectiven Symptome beträchtlich gebessert, auch haben sich die Geschwüre gereinigt, in dem 3. Falle, wo durch die Milchsäurebehandlung eher eine Verschlimmerung eintrat, haben sich die tuberculösen Infiltrate unzweifelhaft verkleinert; in dem 4. Falle endlich, einer anfangenden Kehlkopftuberculose, ist das tuberculöse Infiltrat fast völlig verschwunden. Es scheinen demnach die vorläufigen Resultate zu weiteren Versuchen aufzufordern.

II. N. Rh. Blegvad: Fall von gestieltem Angiom der linken Stimmlippe.

35 jähriger Mann, seit letztem Sommer heiser; während des Herbstes vorübergehende Besserung, später Heiserkeit wieder zugenommen; 14 Tage vor der Untersuchung entleerte sich plötzlich ohne Husten oder andere Ursache Blut, wonach die Stimme etwas besser wurde. Bei der Untersuchung fand man an der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der linken Stimmlippe eine hirsekorngrosse, gestielte Geschwulst, weiss, mit leicht höckeriger Oberfläche; sie wird mittels der kalten Schlinge abgetragen, nur wenig Blutung. Mikroskopie: Angiom. Interessant die spontane Blutung mit nachfolgender Besserung, vielleicht der Anfang einer Art Spontanheilung.

III. P. Tetens Hald: Fall von Sinusitis frontalis cholesteatomatosa (mit Demonstration).

2 jähriges Kind, vor einem Jahre in der Stirngegend ein Knoten, der sich bis 8 Tage vor der Aufnahme unverändert hielt, dann aber zu wachsen anfing. In der Stirngegend eine mandarinengrosse, fluctuirende Geschwulst; die Röntgenuntersuchung ergab an der betreffenden Stelle einen Defect der knöchernen vorderen Stirnhöhlenwand. Bei der Operation eine einzige sehr grosse Höhle, deren knöcherne Vorderwand nur in der Peripherie erhalten war; die Höhle mit Cholesteatommassen gefüllt; Heilung in 5—6 Wochen.

Es wäre denkbar, dass es sich in dem vorliegenden Falle nicht um eine Stirnhöhlenentzündung handelte, sondern um eine Dermoidcyste, die inficirt worden war und dann an der Stelle der Stirnhöhle eine mit der Nasenhöhle communicirende Höhle gebildet hatte; eine genauere mikroskopische Untersuchung machte es wahrscheinlich, dass es sich thatsächlich um eine Dermoidcyste gehandelt hatte.

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

62. Sitzung vom 31. März 1909.

Vorsitzender: Mygind.
Schriftführer: Blegvad.

I. Jörgen Möller: Einige Fälle von Rhino- bezw. Otolithiasis.

Fall 1. 51 jährige Frau; scheusslicher Geruch aus der Nase, Ursprung unbekannt, nur giebt sie an, dass vor Jahren kleine Knochensplitter aus der Nase

gekommen seien. In der Nase ein grosser hemdenknopfförmiger Rhinolith, dessen beide Seitenhälften mittels eines durch eine Septumperforation gehenden Zwischenstückes verbunden sind. Die Consistenz sehr hart, so dass es in drei verschiedenen Sitzungen nur gelang, kleinere Stücke loszubrechen; später blieb Patientin von der Behandlung aus.

Zerstörung der Nasenscheidewand durch Rhinolithen, so dass sie allmählich beide Nasenhälften ausfüllen, ist mehrmals beschrieben worden, von Hemdenknopfform findet man aber nichts. Die Perforation hat hier wahrscheinlich schon vorher bestanden (luetische Zerstörung?).

Fall 2. 25 jähriger Mann; seit Jahren stinkende Naseneiterung unbekannten Ursprungs. In der linken Nasenhälfte ein haselnussgrosser Rhinolith, sehr brüchig. Die chemische Zusammensetzung weicht in erheblichen Grade von der gewöhnlichen ab; die Rhinolithen bestehen in der Regel aus Kalksalzen, enthalten organische Stoffe nur in geringerer Menge und Eisen nur als Spur; hier aber fand man 28,50 pCt. organische Stoffe und 35,84 pCt. Eisenoxyd.

Fall 3 ist nur durch die sonderbare Weise eigenthümlich, in der das Concrement entdeckt wurde: es wurde, nachdem schon mehrmals ohne Schwierigkeit Tubarkatheterisation vorgenommen worden war, mit dem Tubenkatheter in den Schlund gestossen; die Stelle, wo es gelegen hatte, war nicht aufzufinden.

Fall 4. Otolithiasis.

Blegvad demonstrirte zwei Rhinolithen. Fall 1: 25 × 13 mm grosser, nach hinten zu zweitheiliger Rhinolith. Fall 2: Scheibenförmiger Rhinolith, 12 mm im Durchmesser, 6 mm dick, lag in einer Vertiefung des vorderen Endes der unteren Muschel; sowohl die Schleimhaut als der Knochen waren an der betreffenden Stelle atrophirt.

II. E. Schmiegelow: Fall von Diverticulum oesophagi.

74 jährige Frau; durch 15 Jahre zunehmende Schluckbeschwerden, ist jetzt aufs äusserste abgemagert. Die Röntgenuntersuchung ergab ein mächtiges Divertikel, dessen unterer Rand in der Höhe des 5. Dorsalwirbels lag. Gastrostomie wird vorgenommen, jedoch ist sie 4 Tage nach der Operation an einer Pneumonie gestorben.

Das Präparat wurde demonstrirt: ein gänseeigrosses Divertikel, von der hinteren Schlundwand ausgehend und bis zum Arcus aortae reichend.

Discussion:

Gottlieb Kiär berichtet über einen Fall von Ectasia et diverticulum oesophagi bei einer 60 jährigen Frau. K. untersuchte Patientin 7 Stunden nach einer Mahlzeit; während der Laryngoskopie öffnete sich plötzlich der Oesophagusmund und eine weisse, schleimige Flüssigkeit quoll hervor und füllte die Sinus piriformes; es wiederholte sich dies mehrmals. Bei der Oesophagoskopie fand man im oberen Theil der Speiseröhre eine ziemlich grosse Erweiterung, an deren Hinterwand ein 1 cm breiter Querspalt sichtbar war; er führte in ein Divertikel hinein, aus dem die besprochene Flüssigkeit ausgedrückt werden konnte. Im übrigen Theil der Speiseröhre nichts Abnormes.

III. E. Schmiegelow: Fall von Cancer sinus sphenoidalis.

74 jährige Frau; Schmerzen im rechten Oberkiefer, Verstopfung und Eiterung der rechten Nasenhälfte, Doppeltsehen. Die Geschwulst wurde nach Decorticatio faciei und Resection der vorderen Kieferhöhlenwand, des Proc. nasalis und der Muscheln entfernt. Wird 14 Tage nach der Operation entlassen, ist subjectiv bedeutend erleichtert.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

63. Sitzung vom 6. October 1909.
Vorsitzender: Mygind.
Schriftführer: Blegvad.

I. Schousboe: Fall von primärer Rachentuberculose.

Demonstration eines 10 jährigen Mädchens mil grossem Rachengeschwür, seit $1^1/_2$ Jahr in Beobachtung; Geschwür während dieser Zeit von wechselnder Grösse, bisweilen ganz geheilt. Mikroskopie: Tuberculose. Keine Tuberculose in anderen Organen nachweisbar. Das Geschwür wurde durch Jodkali-Quecksilberbehandlung günstig beeinflusst.

II. Schousboe: Fall von Obliteration der Speiseröhre.

19 jähriger Stuckarbeiter mit Narbenstenose nach Salzsäureätzung vor 11 Jahren: Magenfistel angelegt. Durch die Speiseröhre passirt überhaupt nichts, das Oesophagoskop lässt sich nur bis 30 cm von der Zahnreihe hineinführen und die Speiseröhre scheint hier völlig verschlossen zu sein. 14 Tage später erscheint Patient wieder und präsentirt eine Moulage der Verengerung. Er hatte ein paar Esslöffel Gypsbrei und dann einen Spagatfaden geschluckt; der Spagat war auch richtig in den Gyps hineingegossen worden, als er aber das Ganze heraufziehen wollte, begegnete er starkem Widerstande und schliesslich folgte mit dem Faden nur ein kleines Stück des Gypsblocks heraus; nach 14 Tagen gelang es ihm jedoch durch „Erbrechen", das Uebrige zu entleeren. Der Abguss giebt eine sehr gute Vorstellung von der Gestalt der Verengerung.

III. A. Waller: Fall von Empyema cellulae ethmoidalis ant. mit endocraniellen Complicationen.

25 jähriger Arbeiter mit 2 Jahre dauernder Nasenhöhleneiterung. 8 Tage nach der Operation meningeale Erscheinungen, die jedoch wieder zurückgingen; später intermittirender Kopfdruck, von Temperatursteigerung begleitet. Bei Craniotomie wurde nichts gefunden.

Ausserdem ein otologischer Vortrag. Jörgen Möller.

---

g) Laryngological Section of Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 8. Januar 1909.
Vorsitzender: Dundes Grant.

Discussion über „Die moderne Behandlung der Syphilis, besonders in Hinsicht auf die oberen Luftwege."

Lieven (Aachen): Die Entdeckung der Spirochaete pallida hat in der Therapie der Syphilis keine Umwälzungen zur Folge gehabt. Das Quecksilber, das

nach Neisser's Untersuchungen die Mikroorganismen tödtet und die Thiere gegen die Infection immun macht, hat seine alte Stellung bewahrt. Das Atoxyl gab ähnliche Resultate, jedoch die grossen beim Menschen nothwendigen Dosen brachten die Gefahr der Opticusatrophie mit sich.

Quecksilber, innerlich gegeben, greift den Digestionstractus an, auch sind nach dieser Anwendungsform oft Rückfälle zu verzeichnen. Von den löslichen, zur Injectionscur benutzten Quecksilbersalzen zieht L. das französische Bijodür in 2proc. Lösung vor. Die Ausscheidung geht jedoch sehr rasch vor sich und besteht Neigung zu Rückfällen. Die hauptsächlichsten unlöslichen Präparate sind: Calomel, graues Oel und Hydrargyr. salicyl. Von den ersteren werden 40proc. Emulsionen angewandt, die Injectionen werden mit einer Barthelemy'schen Spritze gemacht, die angewandte Dosis soll 10 Theilstriche von dem Calomel und 14 von dem grauen Oel betragen. Jede Woche wird eine Injection gemacht; 8 Einspritzungen mit Calomel und 12 mit grauem Oel machen eine Tour aus. In Bezug auf die Wirksamkeit ist die Reihenfolge: Calomel, Hydrargyr. salicyl., graues Oel. Calomel ist am wirksamsten; doch sind septische Processe und Fieber dabei nicht ungewöhnlich. Es sind bei Gebrauch von Calomel und Ol. cinereum bedrohliche Fälle von excessiver Resorption beobachtet worden. Das salicylsaure Salz ist ohne Gefahr, es ist das beste für die Praxis; das Calomel sollte für die schweren Fälle reservirt bleiben. Man soll bei der Injection die Verletzung einer Vene vermeiden. Die Injectionen sind intramusculär zu machen. Diabetes und Nephritis sind Contraindicationen.

In Deutschland ist im Allgemeinen die Schmiercur in Anwendung. In Aachen wird täglich ein Thermalbad von 35° C. vor dem Einreiben genommen, doch darf das zuletzt eingeriebene nicht durch Seifen entfernt werden.

Das Jodkali ist eins unserer wirksamsten und werthvollsten Mittel. Als Gegenmittel bei Jodismus gebe man Sulfanilsäure. Sajodin hat eine milde und prolongirte Wirkung; dasselbe gilt von Jodipin, von dem 20—30g dreimal wöchentlich gegeben werden sollen, bis als Gesammtdosis 250 g erreicht sind. Ueber Soanin und Arsacetin liegen noch nicht genügende Erfahrungen vor.

Die Mercurialbehandlung soll nur beim Nachweis der Spirochaete oder wenn die Symptome die Diagnose sicher machen, begonnen werden. Die normale Aachener Cur besteht aus 40—50 Einreibungen von je 5 g; drei weitere derartige Curen sollen in 6monatlichen Intervallen gemacht werden.

Für die Erscheinungen seitens der oberen Luftwege genügt die Allgemeinbehandlung in der Regel. Ein Lippenschanker soll mit Quecksilberpflaster (Beyersdorff No. 15) bedeckt werden; ulcerirte Plaques der Mundhöhle werden nach sorgfältigem Trocknen mit concentrirter Chromsäure touchirt. Ein festsitzender Schorf wird durch fernere Application von 10proc. Argentumlösung erreicht. Rhagaden an der Lippe oder Nase sollen mit 5proc. weisser Praecipitatsalbe bedeckt werden. Rauchverbot ist sehr wichtig. Am Ende des ersten Jahres soll mit der Jodbehandlung begonnen werden, und zwar nach der 3. oder 4. Quecksilbercur. Sind tertiäre Geschwüre vorhanden, so soll Hg nicht gegeben werden, bis die Heilung unter Jod begonnen hat; dann werden gleichzeitig mit der Schmier-

cur Jodipininjectionen gemacht. In malignen Fällen, die bisweilen unter Jod sich verschlechtern, sollen Calomelinjectionen gemacht werden.

Referent bespricht dann die Frage der Entfernung von Sequestern, die operative Behandlung von Narbenbildungen in Pharynx und Larynx.

Colonel Lambkin, R. A. M. C., hat, so ausgezeichnet die Schmiercur auch sonst ist, sie in der Militairpraxis für unpraktisch befunden und wendet die Injectionsbehandlung an. Er macht 4 Wochen lang wöchentlich eine Einspritzung von $^3/_4$ g Calomel, dann wird metallisches Hg injicirt. Zur Heilung und Verhütung von Recidiven wendet er das Amylarsensalz an. Arsacetin ist noch werthvoller als Soanin.

Sir Felix Semon hält die interne Behandlungsmethode nicht für geeignet, um Rückfällen vorzubeugen; die meisten seiner Fälle von tertiären Rachenaffectionen hatten eine solche Behandlung durchgemacht. Localbehandlung hält er bei Pharynxaffectionen nur selten für nöthig. Bei manchen Fällen von frühzeitiger maligner Erkrankung des Halses erweisen sich Hg und Jod in gleicher Weise als unwirksam; in diesen erzielt man oft mit Sarsaparilla den gewünschten Effect.

Mayor French, R. A. M. C., hat auch im Militairlazareth und beim Landheer die Schmiercur als gut anwendbar gefunden. Bei ambulatorischen Patienten hat er bisweilen Injectionen gemacht, jedoch waren Rückfälle nach Inunctionen weniger häufig. Nach der 25. Einreibung hört er öfter mit der Behandlung auf, da eine Abnahme des Haemoglobingehalts und des Körpergewichts zu constatiren ist. Zwischen den Inunctionscuren giebt er Jod.

T. P. Beddoes spricht zu Gunsten der internen Methode; der Specialist sieht nur die Misserfolge und nicht die zahlreichen Erfolge. Wenn Injectionen nöthig sind, so bevorzugt er solche von Salicylarsenat, die zweimal wöchentlich gegeben werden. Können sie nicht so oft gegeben werden, so wendet er Calomel an.

Harold Barwell: Da die meisten Fälle in England mit der innerlichen Methode behandelt werden, so ist es nur natürlich, dass die Mehrzahl der Patienten mit Halsaffectionen diese Behandlung durchgemacht hat. Bei Fällen, die eine schnelle Wirkung erfordern, z. B. bei Dyspnoe, hat er intramusculäre Injectionen von Hydrarg. benzoicum gemacht.

Donelan: Die Hauptsache besteht in der abwechselnden Anwendung von Hg-Inunctionen und Jodgebrauch während der Dauer von 6 Monaten. Nach 6 Monaten werden während der Dauer von 18 Monaten Hg, Jod, Eisen und Arsen angewendet und während der nächsten 3—4 Jahre eine kurze Cur gebraucht. Bei Patienten, die nur mit Injectionen behandelt worden waren, hat er häufig Rückfälle gesehen. Er hält es für wesentlich, die Luftwege mit Sublimatlösung auszusprayen und macht auf das Werk von Ford Robertson aufmerksam, der auf einen Zusammenhang zwischen gewissen Mikroorganismen der Nasenhöhle und allgemeiner Paralyse hinwies.

Stuart Low führt einige Fälle an, aus denen der wohlthätige Einfluss eines Wechsels in der Behandlungsmethode hervorgehen soll; oft fällt die Besserung

auch mit dem plötzlichen Abbrechen der Hg-Behandlung zusammen. Oft wirken Arsenpräparate, nach Quecksilber gegeben, sehr günstig.

St. Clair Thomson hat die Injectionsbehandlung aufgegeben und die besten Erfolge mit Inunctionscuren erzielt, wenn der Patient im Bett gehalten wird. Auf diese Weise konnte bisweilen die Tracheotomie umgangen werden.

Scanes Spicer hat ein tiefes Geschwür an der hinteren Rachenwand jeder antisyphilitischen Behandlung widerstehen sehen, als eine sehr erhebliche Nasenverstopfung auf operativem Wege beseitigt war, erwies sich dieselbe antisyphilitische Behandlung plötzlich wirksam.

Dan Mc Kenzie hat in Fällen, die anderer Behandlungsweise widerstehen, Calomelinjectionen von Vortheil gefunden.

Lieven hält die Methoden der Serodiagnosis für so zuverlässig, dass der Werth der Behandlungsmethoden danach beurtheilt werden könnte. Was die Spirochaeta pallida anbelangt, so ergiebt nur die Untersuchung des Primäraffects ein zuverlässiges Resultat.

Sitzung vom 5. Februar 1909.

Dundas Grant: 1. Tertiäre Syphilis, völlige Atresie der Choanen verursachend.

Die Loslösung des Velum von der hinteren Rachenwand schloss auch die Entfernung eines Theils des harten Gaumens ein, so dass der Abstand zwischen den auseinander getrennten Parthien vergrössert wurde. Gutes Resultat.

2. Maligne specifische Ulceration bei einem jungen Manne. (Vorgestellt Januar 1906.)

Schmerzhafte Ulceration ein Jahr nach der Infection, die auf Inunctionen und Jodkali nicht reagirte, dagegen innerhalb 6 Wochen auf 11 Calomelinjectionen zurückging. Jodkali wird längere Zeit hindurch gegeben.

Sir Felix Semon sieht darin einen Beweis dafür, dass man nicht auf eine Behandlungsmethode sich ausschliesslich verlassen soll.

Sir Felix Semon: Thyreotomie mit Herstellung einer ausserordentlich guten Stimme.

45jähriger Mann mit Heiserkeit, bei dem, als er das erste Mal gesehen wurde, nur eine Congestion der Stimmbänder constatirt wurde. Später fand Tilley einen kleinen granulationsähnlichen Tumor im vorderen Drittel des rechten Stimmbandes; die Beweglichkeit der Stimmbänder war noch völlig erhalten. Es handelte sich um ein typisches Plattenzellencarcinom und das ganze Stimmband wurde mittels Thyreotomie entfernt. Es wurde durch ein Narbenband ersetzt und die Stimme war ausgezeichnet. Der Hauptpunkt, der dabei in Betracht kommt, war exacte Coaptation der beiden Kehlkopfhälften. Die Nähte dürfen nicht die Innenfläche der Knorpel durchbohren; andernfalls können sich Granulationen bilden, die eine Adduction des übrig bleibenden Stimmbandes verhindern.

Tilley: Mobilität der Stimmbänder schliesst eine maligne Erkrankung nicht aus.

Sir Felix Semon: Haematom des rechten Stimmbandes, ein Fibrom vortäuschend.

Bei einem seit 6 Monaten heiseren Manne fand sich ein halbkugliger rother glatter Tumor von der Grösse einer halben Erbse, der der Oberfläche des congestionirten Stimmbandes aufsass. Innerhalb 2 Monaten veränderte sich der Tumor nicht. Makroskopisch sah er wie ein Fibrom aus, mikroskopisch erwies er sich bestehend aus Blutgerinnseln, die in fibrösem Gewebe eingeschlossen waren. Es fanden sich keine Spuren einer Neubildung. S. macht auf 3 ähnliche in Annal. des mal. de l'oreille (Vol. XXV) beschriebene Fälle aufmerksam.

Wyatt Wingrave glaubt, dass viele gutartige Kehlkopftumoren auf diese Weise entstehen, da sie oft Blutpigment enthalten.

Horsford führt 2 Fälle von Uebergang von Extravasaten in Tumorbildung an.

Sir Felix Semon führt den Fall einer bösartigen papillären, in ein Blutgerinnsel eingeschlossenen Geschwulst an, die ein Angiom vortäuschte, ferner einen Tumor der vorderen Commissur, der sich als Blutgerinnsel erwies.

Sir Felix Semon und Wilfred Trotter: Weitere Geschichte des November 1908 zur Diagnose vorgestellten Falles von Fibrom des Kehlkopfs und äusseren Halses oder maligner Neubildung des Kehlkopfs mit Drüsenmetastasen.

Ein maligner Tumor des Mundbodens war 8 Jahre vorher mit Drüsen entfernt worden. T. eröffnete den Larynx durch Laryngofissur und fand, dass der Tumor extralaryngeal von dem submucösen Gewebe des Sinus piriformis seinen Ursprung nahm. Der Tumor wurde mit Leichtigkeit ausgeschält, die Halsdrüsen einen Monat später entfernt. Ausgezeichnete Heilung; Verschluss der pharyngealen Wunde durch Naht. Das linke Stimmband stand jetzt in Cadaverstellung, entweder in Folge Narbenveränderungen oder Verletzung des Nerven bei der Operation.

Shattock: Der Tumor war eine Metastase in einem versprengten Knötchen im lymphoiden Gewebe, das möglicherweise von dem lymphatischen Gewebe des Sinus Morgagni herstammte. Interessant ist die lange Latenzperiode des Carcinoms, für die S. noch einige Beispiele anführt.

Milligan: Mikroskopische Präparate und Photographien von einem Epitheliom der Uvula.

Bei dem 62jährigen Patienten wurde ein keilförmiges Stück des Velums und der Uvula mittels Galvanokaustik entfernt. Gute Heilung.

Kensaw: Geschwulst der Epiglottis zur Diagnose.

60jährige Frau, bei der oft Haemoptysis auftritt. Auf der Hinterfläche der Epiglottis ein erbsengrosser Tumor vom Aussehen eines Papilloms. Nach der Entfernung Recidiv. Nachträglich wurde die betreffende Portion der Epiglottis entfernt. Die mikroskopische Untersuchung lässt schwanken zwischen beginnendem Sarkom und Varix mit chronischer Entzündung.

Watson Williams: Chronisches Stirnhöhlen- und Siebbeinempyem. Radikaloperation nach der osteoplastischen Methode ohne Entstellung.

32jährige Patientin. Der Supraorbitalschnitt wird in der Mittellinie der Nase nach unten bis zum unteren Rand der Nasenbeine geführt. Entfernung der vorderen Stirnhöhlenwand und Anlegung eines zweiten Hautschnittes längs des unteren inneren Randes der Orbita. Nach Zurückschieben des Ductus lacrymalis und Durchbohrung des Knochens der Thränengrube wurde eine Säge durch das Nasenloch eingeführt und der Processus nasalis des Oberkiefers durchgesägt. Ein zweiter Sägeschnitt trennte den Knochen von diesem Punkt aufwärts subcutan. Das Nasenbein wurde dann mit einer Säge nahe der Mittellinie gespalten und der so geformte osteoplastische Lappen nach aussen geklappt. Das ganze Frontoethmoideallabyrinth wurde so dem Auge zugänglich gemacht und ausgeräumt, der Boden der Stirnhöhle gleichfalls entfernt; die Hautschnitte wurden sofort vernäht. Trotz septischer Erscheinungen in Folge Streptokokkeninfection trat ausgezeichnete Heilung mit vorzüglichem kosmetischen Resultat ein.

Chichele Nourse: Fall von Thyreolingualfistel bei einem 7 Jahre alten Knaben.

Kleine Cyste über dem Sternalrand, von der ein fühlbarer Strang nach oben zog.

Wyatt Wingrave: Die Absonderung bestand aus Schleim, in dem fettkörnchenhaltige Epithelzellen enthalten waren. Die eine Thyreolingualfistel zusammensetzenden Gänge waren multipel und verzweigt, daher erklärt sich die Schwierigkeit, die Fistel zu beseitigen.

Chichele Nourse: Neubildung des Septums.

22jähriges Mädchen; glatter, rother Tumor am knorpeligen Septum und eine weiche granulirende Oberfläche auf der gegenüberliegenden Seite des Septums. Die prominirende Portion des Tumors wurde entfernt.

Wyatt Wingrave: Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberculose.

Lambert Lack: Multiple Polypen, geheilt durch Curettage des Siebbeins.

Heilung dauert seit vielen Jahren an.

Jobson Horne: Fall von Hemiplegie der Zunge (bereits demonstrirt).

Harold Barwell: Syphilitische Kehlkopfstenose.

24jähriger Mann, vor 4 Jahren inficirt; tracheotomirt.

Herbert Tilley: 1. Metallene Bleistifthülse mittels unterer Bronchoskopie aus dem linken Bronchus entfernt.

2. Sicherheitsnadel aus der Speiseröhre eines 6 Wochen alten Kindes entfernt.

Stuart Low: 1. Patient nach Operation eines bösartigen Nasenrachentumors.



2. Mann mit symmetrischen syphilitischen Veränderungen am Septum.

Dan Mc Kenzie: Modificationen eines postrhinoskopischen Spiegels.

Der Spiegel ist leicht convex und giebt ein verkleinertes Bild eines grossen Raumes.

William Hill: Haldmondförmiges Diaphragma, die vordere Hälfte des Larynxlumens verschliessend.

H. will die Laryngofissur machen und dann die von ihm in der Novembersitzung beschriebenen Dilatatoren einlegen.

Barwell schlägt antisyphilitische Behandlung und dann Anwendung Schrötter'scher Bougies vor.

Dundas Grant: Epitheliom der Uvula und des Velum mittels Paquelinmessers entfernt.

Kein Recidiv nach 4 Monaten.

Fitzgerald Powell: Antrumcyste.

Ausdehnung der inneren und äusseren Wand durch eine Zahncyste. Durchleuchtung: hell.

Lambert Lack: Bronchoskopisch entfernte Fremdkörper.

1. Nadel, seit 7 Tagen mit der Spitze in der linken Trachealwand sitzend; 12 Jahre altes Mädchen.

2. Stück einer Pfeife, seit 10 Tagen in der Trachea eines 8 Jahre alten Knaben sitzend.

Sir Felix Semon: 38jähriger Mann mit vasomotorischen Störungen in der Schleimhaut der Mundhöhle und des Halses.

Nervöser, dyspeptischer Mann, bei dem seit 6 Monaten periodisch hyperämische Flecken und Schwellungen an Lippen, Zunge und Gaumen auftraten. Keine Erscheinungen seitens der Haut.

H. J. Davis: Tumor der rechten Tonsille.

Grosses, wahrscheinlich cystisches Sarkom. Drüsenschwellung.

Jobson Horne: Fall von Kehlkopfschwindel.

69jähriger Mann, der von allen Zeichen einer Erkrankung des Centralnervensystems frei ist und bei dem die Anfälle seit 2—3 Jahren auftreten.

E. B. Waggett.

---

h) XVI. Internationaler medicinischer Congress in Budapest 1909

vom 28. August bis 4. September.

XV. Section (Rhino-Laryngologie).

(Fortsetzung.)

III. Sitzung Dienstag, 31. August, Vormittags.

Präsidenten: Navratil, Gleitsmann (New-York), Dundas Grant (London), Moure (Bordeaux).

Schriftführer: Donogány, Tóvölgyi, Halász.

Referat:

V. Uchermann (Christiania): Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.

Referent giebt überall seine auf eigenen Erfahrungen gebaute persönliche Auffassung. Es werden daher auch einzelne Krankengeschichten angeführt. In Betreff der Frage Intubation versus Tracheotomie bei Diphtherie wird der souveräne Platz der Tracheotomie eingeräumt. Er bespricht ausführlich seine Behandlungsmethode der Narbenstenosen mit Spaltung der vorderen Wand und offener retrograder Bolzung mit eigenen Instrumenten.

Discussion:

O. Chiari (Wien): Ich möchte über einige Fälle von Laryngotracheostomie berichten, welche ich operirte. Bei ihnen verwandte ich eine neue Art von Bolzen, welche, mit einem flügelartigen Fortsatze versehen, den Namen Flügelbolzen erhielten. Sie wurden nach Angabe meines Assistenten Dr. Marschik angefertigt und werden recht leicht vertragen, passen sich gut an den oberen Rand der Canüle an und sind, weil aus Metall gefertigt, leicht zu desinficiren. Fabrikant Reiner in Wien verfertigte sie. In meinen 3 Fällen erreichte ich nach der Laryngostomie die Formirung des freien Canals und die Beseitigung des Sporns, welcher sich am Uebergange von Larynx zur Trachea an der hinteren Wand so oft bildet, durch die Flügelbolzen recht leicht und schnell innerhalb 5 Wochen bis einige Monate. Die Schliessung des Laryngostomas konnte ich bis jetzt, theilweise aus äusseren Gründen, in keinem Falle durchführen. Bei der Laryngostomie selbst excidirte ich nur wenig von den Narben, weil der Druck der dilatirenden Instrumente allein die Formirung des Canals tadellos bewirkt. Ursprünglich legte ich nach dem Beispiele italienischer Operateure einen mit Jodoformgaze umwickelten Holzstift ein und ging dann aus Gründen der Aseptik zu den Flügelbolzen über. Sie werden gut vertragen und können durch viele Tage liegen bleiben. Schliesslich werden sie sammt Canüle entfernt, bis sich der neu formirte Canal epithelisirt hat; der Patient hat dann ein Laryngo- ev. Laryngotracheostoma von verschiedener Länge, durch welches er ohne Canüle frei athmet. Will er sprechen, so verschliesst er das Laryngostoma mit den Händen. Die Fälle betrafen 2 Intubationsstenosen bei Kindern und 1 Narbenstenose nach Verletzung bei einem Manne.

Thost (Hamburg): Die mechanische Behandlung der Larynxstenosen.

Mein Thema beschäftigt sich mit Stenosen der oberen Luftwege nach Tracheotomie. Dabei kommen hauptsächlich 2 Formen der Stenose in Betracht, die ich noch besonders hervorheben möchte:

1. Die Verbiegungsstenose. Die „C"-förmigen Trachealknorpel, deren freie Enden durch eine nachgiebige Schleimhautmuskelschicht verbunden sind, werden bei der Tracheotomie auseinander gebogen, um der Canüle Platz zu machen, dadurch müssen sich die hinteren Enden in das Lumen hereindrängen, die Schleimhaut muss sich in Falten legen, so entsteht eine Verengerung an der hinteren Trachealwand. Die durchschnittenen Knorpel vorn an der Schnittwunde biegen sich um; namentlich wenn sie mehrmals angeschnitten sind, so entsteht eine zweite Verengerung an der vorderen Wand.

2. Die diffuse Granulationsstenose. Dieselbe findet sich mehr oder minder ausgeprägt bei allen Fällen, in denen die Canüle länger liegt. Es verwandelt sich in der Umgebung der Canüle die ganze vordere Trachealwand in ein weiches elastisches Granulationsgewebe, das als Granulationscanal die Canüle umgiebt, alle Weichtheile durchwuchert und selbst den Knorpel, der die Weichtheile stützen soll, auflöst. Zur Vermeidung dieser beiden Stenosenformen wäre zu empfehlen, zu der alten Dieffenbach'schen Methode zurückzukehren und gleich bei der Operation einen Theil der Knorpel zu reseciren am besten mit Hartmann's Conchotom und entweder überhaupt keine Canüle zu verwenden, die Trachealwand durch Haken und Bänder auseinander zu halten oder weiche Drains als Canüle zu verwenden, mindestens eine Canüle wie die von Gersuny oder die englische von Durham. Die Canüle müsste kürzer und oval sein, nicht so lang und rund wie die bei uns üblichen; im Allgemeinen möglichst kleine Canülen.

Sind die beiden oben erwähnten Stenosenformen, Verbiegungs- und diffuse Granulationsstenose aber vorhanden, so durchläuft der Process 3 Stadien:

1. Ueppige Granulationsbildung um die Canüle.

2. Umwandlung dieses üppigen Granulationsgewebes in Bindegewebe und straffes Narbengewebe.

3. Erweichung dieses straffen Narbengewebes in weiches Bindegewebe. Dieser Vorgang muss bei der Behandlung geschickt ausgenutzt werden. Die üppige Granulationsbildung bekämpft man mit Aetzmitteln und Galvanocaustik, ferner durch Druck von soliden Metallbougies, die namentlich bei Kindern am besten von der Fistel aus eingeführt werden. So entstand meine mechanische Dilatationsmethode mit soliden schweren Metallbolzen, die von der Fistel aus eingeführt und durch eine besonders construirte Canüle daselbst fixirt werden. (Demonstration der Instrumente.) Diese Bolzen bekämpfen aber nicht nur die Granulationsbildung, sie corrigiren auch die Verbiegungsstenose, da sie ähnlich den vom Munde aus eingeführten Schrötter'schen Zinnbolzen die Form des normalen Larynxcanals haben. Sie haben folgende Vortheile:

1. Sie lassen sich auch bei widerstrebenden Kindern leicht einführen, da jede Canüle einen Obturator hat, der ein schonendes Einführen ohne Verletzen der Wunde gestattet.

2. Sie liegen absolut fest, die Kinder können ambulant behandelt werden, zur Schule gehen, in die Ferien reisen, da kein Faden durch den Mund geht, ohne Schwierigkeit essen und trinken.

3. Sie können wochen-, selbst monatelang liegen bleiben, da nur die darunter liegende Canüle gewechselt und gereinigt wird.

4. Auch bei der Larynxfractur oder Traumen, wo Tracheotomie nöthig wird, können sie zur Reposition der verlagerten Theile mit Vortheil verwendet werden.

5. Sie geben sehr befriedigende Resultate. Ich verwende die Methode seit fast 20 Jahren und habe in dieser Zeit das recht grosse Material von 54 Stenosefällen nach Tracheotomie behandelt. Meine Resultate: Von 54 Fällen (32 unter 10 Jahren, 22 über 10 Jahren, der jüngste Patient 1 Jahr, der älteste 71 Jahre) wurden 41 mit meinen Bolzen behandelt. Daneben auch mit anderen Methoden: Schrötter's Zinnbolzen und Hartgummirohren, Mikulicz'schen Glas- und Gummicanülen, O'Dwyer'schen Tuben, Galvanokaustik. Die besten Resultate ergaben mir aber meine Metallbolzen. Von den 54 Patienten starben 6 an der Grundkrankheit und Complicationen, 3 entzogen sich der Behandlung, 6 sind noch gegenwärtig in Behandlung. So bleiben 39 Patienten, die sämmtlich geheilt sind, 11 durch andere Methoden (6 bevor ich meine Methode ausbildete, 5 weil keine Indication für dieselbe vorlag), 28 Fälle, wo meine Bolzen angewendet wurden, sind sämmtlich dauernd geheilt. Die genauen Krankengeschichten und die Details der Behandlung werden in einem demnächst erscheinenden Buche ausführlich mitgetheilt. —

Strazza (Genua): Ueber die Art der Vernarbung linearer Wunden des Schildknorpels.

Es handelt sich um einen 65jährigen Mann, bei dem wegen Carcinom die Laryngofissur und Abtragung der rechten Stimmlippe gemacht worden war. 3 Monate später musste wegen eines schweren Recidivs die Totalexstirpation gemacht werden. Die histologische Untersuchung der Narbe des Schildknorpels ergab Folgendes:

1. Die Diastase zwischen den beiden Knorpelschnittflächen wird von Granulationsgewebe ausgefüllt, das vor Allem einem Reactionsprocess der benachbarten äusseren Weichtheile zu verdanken ist. Dieses Granulationsgewebe organisirt sich später allmählich und bekommt das Aussehen von fibrillärem Bindegewebe. Hier und da beobachtet man auch Herde von kleinzelliger Infiltration.

2. Die der Schnittlinie angrenzenden Knorpelenden gehen eine deutliche Veränderung ein, und zwar sieht man an dem alten Knorpel eine wirkliche Abnahme, während dagegen von Seiten des Perichondriums eine lebhafte Neubildung von osteoidem Gewebe erfolgt. Dieser Regenerationsvorgang findet in recht ausgesprochenem und ausgedehntem Maasse auch an der Peripherie des Narbengewebes statt, welches den ersten Verschluss der Continuitätstrennung bildet. Das neugebildete osteoide Gewebe vertheilt sich Anfangs in dem Narbengewebe wie ein Balkenwerk; später verstärkt es sich und bildet den festen Verschluss der Wunde.

3. Dieser active Reproductionsprocess ist im Wesentlichen der Activität des äusseren und inneren Perichondriums zu danken.

Baumgarten (Budapest): Ich habe bei totalen Stenosen des Kehlkopfes und oberen Antheiles der Luftröhre in einigen Fällen mit sehr gutem Erfolge folgendes Verfahren angewendet: In dem ersten Falle habe ich die Laryngofissur gemacht, die Narbe excidirt, Seidenfäden vom Munde aus bis zur Canüle heraus durchgeführt und immer mehr Fäden nachgezogen. Es ging schon langsam vorwärts, doch wurden einmal die Fäden beim Brechen mit herausgezogen. Ich liess daher einen Schroetter'schen Zinnbolzen verfertigen, der halb so stark war als die übliche kleinste Nummer 0. Es wurde nochmals die Laryngofissur gemacht, noch mehr Narbengewebe entfernt, der Bolzen, der oben am Seidenfaden fixirt war, eingeführt, in das Lumen des Kehlkopfes eingedrückt und dadurch fixirt, dann der Kehlkopf und die Luftröhre über dem Bolzen vernäht. An den äusseren Knopf des Bolzens wurde eine Seidenschlinge gelegt durch die Canülenöffnung und die Fäden fest an die Platte der Canüle von beiden Seiten aus umwunden, wodurch der Bolzen festgehalten wurde. Nach 10 Tagen wurde er entfernt und es gelang dann, Nummer 0 einzuführen und ebenso zu fixieren. In immer kürzeren Intervallen wurden immer dickere Bolzen eingeführt, bis endlich ein für Kinder bestimmter O'Dwyer'scher Tubus eingeführt werden konnte. Wenn dies möglich ist, ist es auch sicher, dass Patient mit der Zeit von der Canüle befreit werden kann. In den anderen Fällen wurde gleich nach der Laryngofissur dieser Bolzen eingeführt, bei Kindern muss ein noch kleinerer verwendet werden.

Massei (Neapel): Ich hebe besonders die guten Erfolge mit comprimirter Watte hervor gegenüber dem Kautschuk. Erstere wurde durch Prof. Ferreri in Rom empfohlen. Ich möchte nur zwei Indicationen für die Laryngostomie erwähnen, worüber ich grosse persönliche Erfahrungen habe:

1. Bei den narbigen Stenosen, welche nach Croup bei den Canulards und Tubards vorkommen, erkenne ich die grossen Dienste der Laryngostomie an, aber erst nach einer genauen Untersuchung des Zustandes und wenn überhaupt kein Tubus durchzuführen ist.

2. Bei den Papillomen glaube ich dagegen, dass die Laryngostomie ganz unangebracht ist. Die Papillome dauern sehr lange, aber wenn man Geduld hat und die entsprechende Behandlung anwendet, heilen sie endlich. Der natürliche Weg oder die Tracheotomie genügt. Man muss vorsichtig curettiren, Phenolsulphoricine geben, die Fenstertuben anwenden etc. Ich kenne Fälle, wo die Papillome trotz Laryngofissur oder Laryngostomie nicht verschwanden. Man muss geduldig warten, den Patienten beaufsichtigen, aber meiner Meinung nach gänzlich der Laryngostomie entsagen.

Broeckaert (Gand): Ich möchte einige Worte dem beifügen, was Gluck über Probelaryngostomie erwähnt hat im Vergleich mit den Probelaparotomien. Diese Methode kommt bei kleinen Kindern in Anwendung, wo die Ursache der fortschreitenden Stenose schwer oder garnicht zu erkennen ist. Ich operierte drei solche Fälle, alle betrafen kleine Kinder. Im ersten Falle stellte sich nach der breiten Eröffnung des Kehlkopfes und der Trachea heraus, dass die Ursache der

Kehlkopfkrämpfe eine Verengerung durch mediastinale Drüsenanschwellung war. Weil die Ursache nicht im Larynx war, nähte ich die Haut mit der Schleimhaut der Trachea zusammen und schloss den Larynx. Ich machte also eine Tracheostomie; das Kind wurde in 5 Monaten geheilt. In einem anderen Falle entdeckte ich durch Laryngotracheostomie ein Granulom der Trachea. Weil ich die Ursache radical entfernen konnte, schloss ich sofort die Wunde. In einem dritten Falle endlich, welcher gegenwärtig noch in Behandlung ist, fand ich nach Untersuchung des Kehlkopfes und der Trachea, dass es sich um einen suspecten Kehlkopfkatarrh mit Krämpfen handelt. Hier machte ich die Laryngotracheostomie, welche mir die Beobachtung und die nothwendigen Eingriffe gestattet. Wenn ich von meinen persönlichen Fällen spreche, so thue ich es, um 1. die Aufmerksamkeit auf die Probelaryngotracheostomie zu lenken, 2. die Vortheile und bestimmte Indicationen der Tracheostomie hervorzuheben gegenüber der Tracheotomie.

Weil (Wien): Weil erwähnt eine besondere Form von narbiger Trachealstenose, deren Beschwerden im Pubertätsalter auftreten nach in frühester Kindheit ausgeführter Tracheotomie. In der Literatur finden sich nur wenige Fälle, darunter einer von Chiari. Allen gemeinsam ist das Auftreten einer minimalen Struma, welche erst die Beschwerden zu erzeugen scheint. In der Gegend des 3.—4. Trachealringes sah W. bei einem 20jährigen Mädchen zwei sagittale Narbenstränge, die genau einem zweiten Stimmbandpaare in Adductionsstellung glichen; Distanz 1—2 mm. Die Dilatationsbehandlung erschien zu gefährlich, da eine mässige acute Tracheitis schon Suffocationsbeschwerden erzeugt hatte. W. wandte Einreibungen von Jodglycerin gegen die geringfügige Struma und Fibrolysininjectionen an, nach welchen sich der Zustand rasch besserte, so dass die Kranke erklärte, wieder so frei wie immer athmen zu können. Ihr weiteres Schicksal ist unbekannt.

E. Fletcher Ingals (Washington): Zwei oder drei Jahre, nachdem die O'Dwyer'sche Intubation bei Diphtherie eingeführt wurde, kam ein kleiner Knabe in meine Behandlung wegen Laryngealstenose, durch Ueberätzung mit Chromsäure hervorgerufen. Er trug die O'Dwyer'schen Tuben während zwei Jahren, Laryngofissur wurde einmal gemacht oder vielleicht zweimal. In Folge dessen trug er den O'Dwyer'schen oder Tracheotomietubus ununterbrochen mehrere Jahre lang. Ungefähr vor 14 Jahren machte ich eine fortdauernde Anstrengung, den Kehlkopf mit O'Dwyer'schen Tuben zu erweitern. In dieser Zeit trug er die Trachealcanüle. Ich begann mit den grössten Tuben, welche ich einführen konnte. Ihr Umfang wurde nach und nach vergrössert, bis ich nach 9 Monaten ein freies Larynxlumen erhielt; aber als für einige Tage der Tubus entfernt wurde, trat Verengerung ein, so dass ich genöthigt war, jede Forcirung zu unterlassen. Zur nämlichen Zeit kam eine junge Frau in meine Behandlung mit Larynxstenosis, durch hereditäre Syphilis entstanden. Es war eine membranöse Verwachsung beider Stimmbänder vorhanden. Die Membran wurde in der Mitte gespalten und ein grosser O'Dwyer'scher Tubus eingeführt, welchen die Patientin 10 Monate lang trug, nach welcher Zeit die Stenose dauernd verschwand. Patientin blieb mehrere Jahre in meiner Behandlung, aber die Stenose erschien nicht mehr.

Finder (Berlin): Die Anregungen, die uns für die verbesserte Technik der chronischen Larynxstenosen gegeben worden sind, sind gewiss sehr dankenswerth

und werden dazu beitragen, dass wir auf diesem Gebiet bessere und schnellere Resultate erzielen. Im Vordergrunde stehen, was ihrer Wichtigkeit und Häufigkeit entspricht, die Stenosen nach und in Folge Tracheotomie. Nun giebt es aber eine Gruppe von Stenosen, die meiner Erfahrung nach allen üblichen Dilatationsmethoden trotzen und eine wahre Crux bieten. Ich meine die Fälle von Juxtapposition der Stimmbänder in Folge Anchylose des Cricoarytaenoidalgelenks, z. B. nach Syphilis, wo also die Stimmlippen dicht in der Mittellinie an einander liegen. In diesem Falle handelt es sich nicht darum, ein narbig verengertes Lumen zu dilatiren, sondern eine rationelle Therapie müsste darauf gerichtet sein, das anchylotisch gewordene Gelenk zu mobilisiren. Das geschieht meiner Erfahrung nach weder durch Intubation, noch durch Einführung von Bolzen, noch durch Fibrolysin. Der Vorschlag Citelli's, in solchen Fällen die Stimmbänder zu exstirpiren, scheint mir nicht empfehlenswerth und hat meines Wissens keine Nachahmung gefunden. Ich möchte also die Herren, die auf dem Gebiete grosse Erfahrung besitzen, fragen, wie sie sich solchen Fällen gegenüber verhalten.

Killian (Freiburg i. Br.) empfiehlt zur Dilatationsbehandlung und speciell zur Nachbehandlung der laryngostomirten Kinder die Verwendung von Brünnings-schen Gummischwammstreifen, welche an Fäden zu befestigen sind. Dies Material reizt sehr wenig, und übt doch, richtig angewendet, einen genügenden continuirlichen Druck aus. Die Behandlungsdauer scheint eine wesentlich kürzere zu sein.

Némai (Budapest) berichtet über einen Fall, in welchem zu gleicher Zeit 2 Canülen getragen worden sind. Die Kranke, die wegen Typhusgeschwür vor drei Monaten sehr rasch operirt werden musste, kam mit vollständiger Verschwellung des Larynxinnern in Behandlung. N. hat angenommen, dass diese perichondritische Entzündung durch die Canüle selbst verursacht wird (sie steckte fast unter den Stimmlippen) und liess die tiefe Tracheotomie machen, hielt aber gleichzeitig die obere Fistel durch Einführen einer kurz abgeschnittenen Canüle ebenfalls offen, um von dieser aus die untere Laryngoskopie und Dilatation des Larynx leichter ausführen zu können. Nachdem die ersten entzündlichen Erscheinungen schwanden, bewährte sich die obere Fistel sehr gut zur Behandlung. Es trat Heilung ein.

Moure (Bordeaux): Wir wissen und auch die gegenwärtige Debatte beweist, dass die Laryngotracheostomie eine Operation ist, welche in die laryngologische Praxis eingeführt werden sollte. Aber man muss die Indicationen aufstellen: es giebt eine Reihe von Canulard-Kindern, welche durch den Larynx nicht athmen können, weil die Tracheotomie bei ihnen zu hoch gemacht wurde, in dem Cricoïdknorpel oder selbst im Thyroïdknorpel. Mit Geduld wartend, sieht man mit dem Alter die Durchgängigkeit des Kehlkopfes sich wieder herstellen und es ist dann möglich, das Decanulement auszuführen. Ich halte die Laryngostomie nicht für indicirt beim Kehlkopfkrampf (Spasmus glottidis), ebenso wenig wie bei den diffusen und recidivirenden Papillomen, dessen klinische Entwickelung uns unbekannt ist. Oft genügt die einfache Tracheotomie, ein anderes Mal die Entfernung auf natürlichem Wege und endlich hat die Thyreotomie gute und radicale Erfolge.

Uchermann (Christiania) Schlusswort: Die wesentliche Verschiedenheit zwischen Thost's und meiner Methode, abgesehen von der Form der Instrumente, ist, dass ich in fast allen Fällen die vordere Wand spalte, Thost gewöhnlich nicht. Ich glaube bei meiner Methode nicht allein Zeit zu gewinnen, sondern auch einen sichereren und gefahrloseren Verlauf. Bei Aufhebung der Spannung hebt man auch die Reaction auf und man bekommt kein Fieber oder Reizung der Schleimhaut. Killian hat bemerkt, dass kleine Kinder harte Instrumente nicht vertragen, sie reizen zu stark. Das mag auch richtig sein, aber nur unter der Voraussetzung keiner Spaltung. Spaltet man, so kann man getrost metallische Bolzen brauchen, sie reizen nicht. In Betreff der Behandlung muss ich übrigens bemerken, dass ich Höllenstein oder Galvanocaustik nicht mehr brauche, dagegen, wo nöthig, Trichloressigsäure mit Hülfe des Tracheoskops. In Betreff der Instrumente von Marschik möchte ich bemerken, dass sie mir einen zu grossen Raum einzunehmen scheinen und darum nicht zum Ziel führen können. Es geht wohl alles schön im Anfang, wenn die Oeffnung gross ist, anders dagegen, wenn die Oeffnung sich zu verkleinern anfängt. Das offene obere Ende muss auch leicht Reizung und Bildung von Granulationen bewirken.

Thost (Hamburg): Fibrolysin wird am Besten etwa 20 Stunden vorher eingespritzt und unterstützt die Behandlung narbiger Stenosen sehr. Direct nach der Injection ist die Reaction zu stark. Gummi riecht, wenn er länger liegt, sehr übel und muss häufig gewechselt werden.

Hajek (Wien) und Polyák (Budapest): Präparat eines Falles von Myxom der Nasenhöhle und der Schädelbasis.

Chiari (Wien): Fibrom des Siebbeins mit pneumatischen dilatirten Hohlräumen wurde von Chiari 1883 in den Wiener medicinischen Jahrbüchern veröffentlicht. Zufälliger Sectionsbefund ohne Krankengeschichte.

IV. Sitzung. Dienstag am 31. August 1909, Nachmittags.

Präsidenten: Onodi, Jurasz (Lemberg), Castex (Paris), Delavan (New York).

Schriftführer: Donogány, Tóvölgyi, Láng.

Maximilian Bresgen (Wiesbaden): Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Doppelnadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninneren, zum Theil auch als vollwerthiger Ersatz des elektrischen Brenners.

B. verwendet einfache Nadeln mit 4, $3^1/_2$ oder 3 cm langen Platin-Iridiumspitzen, ausserdem einpolige Doppelnadeln von 2 cm Spitzenlänge und einem Abstand der Spitzen von 7 und 5 mm, ferner einpolige Doppelnadeln von $1^1/_2$ cm Spitzenlänge mit einem Spitzenabstand von 5 und 3 mm. Diese einpoligen Doppelnadeln laufen hinten in eine mit dem Kabel oder mit einer Verbindungsbrücke zu verbindende Spitze aus. Sie haben den Vorzug, den elektrischen Strom in einer mehr breiten als langen Fläche wirken, gleichzeitig aber mit Einzelnadeln von grösserer Länge an anderer Stelle, beispielsweise entlang dem freien Rande der unteren Nasenmuschel, die Elektrolyse zur Anwendung gelangen zu lassen. Man

kann also die letztere gleichzeitig durch vier Nadeln wirken lassen, indem man zwei lange Einzelnadeln in den unteren Abschnitt der unteren Nasenmuschel und eine einpolige Doppelnadel in ihren oberen Abschnitt einführt. Man hat dann an diesen vier Nadeln drei Pole, deren einen man unmittelbar mit dem Kabel, die beiden übrigen aber mittels der Verbindungsbrücke mit diesen verbindet.

Eine genügende Zerstörung des Nasenschwellgewebes wird erreicht, wenn man in wenigen Minuten eine Stromstärke von 25 M.-A. erreicht und den Strom zehn Minuten durchlaufen lässt; alsdann wechselt man die Stromrichtung und lässt wieder die gleiche Stromstärke für gleich lange Zeit einwirken. Bei empfindlichen Personen bringt man es nur auf 10—15 M.-A., was dann eine Zeitdauer von 15 Minuten bedingt.

Die Elektrolyse lässt sich bei Erwachsenen wie bei Kindern anwenden. Bei letzteren hat sie den Vorzug der Schmerzlosigkeit. Vor der Galvanokaustik hat sie den Vorzug, dass nach ihrer Anwendung keine Verschwellung eintritt. Die Abheilung dauert bis in die vierte Woche.

Grossmann (Wien): Beitrag zur Lehre vom nasalen Asthma.

Experimentelle Untersuchungen, welche die Aufklärung jener Vorgänge sich zur Aufgabe gemacht haben, die beim nasalen Asthma sich abspielen, haben Folgendes ergeben: Die elektrische oder mechanische Reizung der Nasenschleimhaut führt zu einer erheblichen functionellen Störung des Herzens und dem zu Folge zu einer beträchtlichen Blutstauung im Lungenkreislauf. Die Lunge nimmt in Folge der Blutstauung in ihren Gefässen an Umfang zu. Diese Grössenzunahme der Lunge, das Volumen pulmonum auctum, kommt beim curarisirten Thiere durch Drucksteigerung im intrathorakalen Raum und durch Tiefstand des Zwerchfells zum Ausdruck. Der erwähnte Effekt der Nasenreizung bleibt vollständig aus, wenn man vorher den 2. Ast des N. trigeminus durchschnitten hat. Er bleibt auch aus bei Durchtrennung beider Nn. vagi. Es handelt sich somit um einen Reflexbogen, dessen centripetaler Schenkel vom N. vagus gebildet wird. Die erwähnte Volumszunahme der Lunge wird nicht ausschliesslich durch die Ansammlung einer grösseren Blutmasse bedingt, sondern überdies noch durch den Umstand, dass die Lungencapacität — der Lungenbinnenraum — im geraden Verhältniss zur Blutstauung zunimmt. Die Lunge wird nicht allein in ihrem äusseren Volumen, sondern auch in ihrem intrapulmonalen Raum grösser. Dementsprechend sehen wir den Druck am intrapulmonalen Raum, im Gegensatz zum intrathoracalen Druck bei der Blutstauung im kleinen Kreislauf sinken. Diese Volumenzunahme der Lunge geht mit einer Starrheit derselben Hand in Hand, welche ein beträchtliches Athmungshinderniss bildet. Beim spontan athmenden Thiere tritt ein zweites Athmungshinderniss in Folge der Reizung der Nasenschleimhaut hinzu. Es wird die Inspiration in hohem Grade, fast bis zur vollständigen Inhibirung derselben erschwert.

Némai (Budapest): Die ausserordentlich lehrreichen physiologischen Versuche des Herrn Grossmann lassen sich noch nicht ohne Weiteres auf den Kranken übertragen. Zu bemerken ist, dass in der Praxis oft planlos operirt wird; so sah N. einen Budapester Arzt, der wegen Athembeschwerden wiederholt operirt

wurde, an Paralyse zu Grunde gehen, einen anderen, der Myocarditis hatte. Die Eingriffe in der Nase scheinen da des Oefteren eine Erleichterung zu verursachen. Beim nervösen Asthma werden oft gute Resultate nach Operationen in der Nase erzielt, jedoch sei zu bedenken, dass bei dieser schweren Neurose ebenso wie bei der Epilepsie jedweder chirurgischer Eingriff, der anderweitig nöthig werden kann, einen Stillstand der Anfälle bewirkt. — Cocain kann bei allerlei Athembeschwerden, auch bei Stenocardie, auffällige Erleichterungen machen und wird daher von den Kranken auch gern angewendet.

Réthi (Wien): Bei den von der Nase bei positiver Cocainprobe ausgelösten Erscheinungen kann es sich um einen Reflex oder aber um Stauungserscheinungen handeln. In letzterem Falle wird nun angenommen, dass hierdurch ein vorhandenes Abflusshinderniss beseitigt wird. Diese Schlussfolgerung ist falsch. Durch die Contraction der Bluträume wird die Circulation schwieriger, der Abfluss aus dem Schädelraum erschwert. Wendet man in diesen Fällen, z. B. bei Kopfschmerzen, Adrenalin statt Cocain an, so wird der Kopfschmerz oft sehr wesentlich gesteigert, während andererseits Eucain, durch welches eine stärkere Füllung erzielt wird, den Kopfschmerz beseitigt. Diese günstige Wirkung beruht also auf den anästhesirenden Eigenschaften der Mittel. Das giebt einen Fingerzeig für die Behandlung; es genügen oft ganz kleine Eingriffe, z. B. eine oberflächliche Aetzung, um die nervösen Erscheinungen zu beseitigen. Man wird da die Neurose auch durch eine Muschelabtragung beseitigen; aber man darf diese Operation nicht mit der Motivirung vornehmen, dass man das Abflusshinderniss beseitigen will, sondern um den sensiblen Nasennerven an dieser Stelle auszuschalten.

Goldschmidt (München): Unter den fast 3000 Asthmakranken, die ich in einer 27jährigen Praxis in Reichenhall behandelt habe, befinden sich mindestens 2500 Operirte. Bei allen fast hat die Nasenoperation geholfen, aber bei keinem für lange Zeit. Wenn man mich nach der langen Erfahrung frägt, was ist Asthma, so kann ich nur sagen, es ist die verrückteste Krankheit, die weder anatomisch, noch ätiologisch, noch therapeutisch einheitlich aufgefasst werden kann. Was hilft gegen Asthma? alles und nichts. Der Asthmatiker ist in höchstem Grade suggestibel und ihm nutzt sehr vieles, was neu und eindrucksvoll ist. Die Meinung hat ja gewechselt in Bezug auf den Werth der Operation. Vor 30 Jahren war die Losung: „Asthma, folglich Nasenoperation". Wie mich die heutige Debatte belehrt, ist dieser Glaubensartikel nicht mehr gültig. Ich habe eine Patientin aus Prag, die sofort Asthma bekommt, wenn sie ihre Vaterstadt verlässt, reist sie aber nach Prag zurück, so verliert sie das A. schon beim Anblick der hundertthürmigen Stadt. Ich möchte also sagen: gegen Asthma hilft Alles, also auch die nasalen Operationen.

Grossmann (Wien): Némai hat vollständig Recht, wenn er besorgt, ob auch die Ergebnisse von Versuchen auf klinische Verhältnisse übertragbar sind. Nach dieser Richtung hin kann er aber meine Vorsicht kaum übertreffen. — Ich habe aus meinen eigenen Experimenten nicht mehr abgeleitet, als was in ihnen gelegen ist. Die Mittheilung, dass schon eine Cocainisirung der Nase, ja irgend ein operativer Eingriff genügt, eine kürzer oder länger andauernde Besserung des asthmatischen Zustandes herbeizuführen, sind jetzt nach meinen Versuchen keine

Räthsel mehr, sondern verständliche Folgezustände. — Wir werden sicherlich in der Frage klarer sehen, wenn wir in diagnostischer Beziehung etwas exacter sein werden. Wenn Jemand Tabes hat und in Folge doppelseitiger Recurrenslähmung in Erstickungsgefahr sich befindet, darf er nicht als Asthmatiker aufgefasst werden. Die häufigste Form ist ja das cardiale Asthma und da ist wohl kein Wunder, dass die abenteuerlichsten Mittel Hilfe bringen. Alles, was zur Besserung des Herzzustandes beiträgt, muss auch das Asthma bessern. Und im Zustand der Herzkranken treten ja derlei Schwankungen auch spontan ein, und wenn zufällig ein Mittel vor der Wendung zur Besserung, gleich viel welches, angewendet wurde, dann verfallen wir nur zu leicht dem falschen logischen Schlusse: post hoc ergo propter hoc.

Baumgarten (Budapest): Ueber Frühformen der Ozaena.

Mit den Frühformen kommen die Kinder selten zur Behandlung, deshalb wurden Kinder ohne Auswahl und besonders solche, deren Mütter Ozaena hatten, durch Jahre hindurch untersucht, und wurde fast bei Allen die Ozaena gefunden, indem zuerst eine untere Nasenmuschel contrahirt erscheint, später mit Krusten bedeckt ist, an welchen klebriges Secret haftet, und fast immer die andere äussere Muschel am Anfange stärker gefüllt erscheint, Hypertrophie vortäuschend. Dieses Bild ändert sich nach einigen Tagen oder schon am anderen Tage und ist dann der Befund gerade umgekehrt. Das wechselnde Bild des Schwellungszustandes dauert oft 2—3 Jahre, bis immer häufiger auch die Contraction auf beiden Seiten sichtbar wird, der charakteristische Geruch und die Krustenbildung immer häufiger auftreten, bis endlich die Atrophie bemerkbar wird. Die jüngsten bisher beobahteten Fälle waren 4 Jahre alt, bei denen dieses Spiel der Contraction und Schwellung sichtbar war, denn bei fast allen Kindern war die Ozaena im Beginne scheinbar einseitig und abwechselnd. Bei Neugeborenen wurden in 3 Fällen eigenthümliche Befunde verzeichnet, die gleich vom Beginne an auf Ozaena verdächtig waren und deshalb jährlich 1—2 mal controlirt wurden. Es waren Nasenverstopfungen gefunden worden, die durch pergamentartige, röhrenförmige Abgüsse des Naseninnern verursacht wurden und durch längere Zeit hindurch sich erneuerten. Bei diesen drei Kindern wurden nach Jahren die oben beschriebenen Frühformen der Ozaena beobachtet und später die ausgesprochene Form derselben. Warum nach der Geburt bis zum 4.—5. Jahre keine Erscheinungen auftreten, ist nicht zu erklären, angeborene Fälle sind aber sicher vorhanden. Die Vererbung wurde oft, die Ansteckung nie beobachtet. Zur Erklärung der Ozaena werden mehrere Theorien herangezogen. Bei den Frühformen kann die Therapie noch schöne Resultate aufweisen, das Phenolum sulforicinicum leistet sehr gute Dienste.

Thost (Hamburg) empfiehlt für die Behandlung der Ozaena die Vaporisation, die Behandlung mit heissem Dampf bis zu 120° C. Der Dampf dringt bis in die Nasenhöhlen; Borken und Geruch schwinden, und nicht nur vorübergehend, sondern in einzelnen Fällen dauernd. Nebenwirkungen macht die Vaporisation nicht. Die ersten Erfolge sind veröffentlicht in einem Bericht von Dr. Boyé in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

Broeckaert (Gand): Ich benutze seit mehr als 7 Jahren das Paraffin, und

deshalb erlaube ich mir Ihnen die dauernden Resultate mitzutheilen. Was die nasale Prothese anbelangt, muss man mit den kalten, bei 50° schmelzenden Paraffininjectionen anfangen, welche der Haut einen genügenden Halt geben. In einer anderen Sitzung injicirt man mit Paraffin von 45°, wodurch die Modellirung möglich wird. In anderen Fällen, wo Verwachsungen vorhanden waren, oder in anderen speciellen Fällen benutzte ich Implantation von 75° Paraffin. Bei 300 Prothesefällen, abgesehen von den ersten Fällen, hatte ich keinen einzigen Unfall oder Complicationen. Wie ich schon bewiesen habe, wird das ganze Vaselin in zwei Jahren resorbiert, und wenn man eine Mischung von Paraffin und Vaselin injicirt, bleibt nur das erstere am Platze. In solchen Fällen muss man die Behandlung wiederholen.

Grazzi (Florenz) ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Ozaena eine contagiöse Krankheit ist. Der Rhinologe kann den Kranken und der Gesellschaft durch eine hygienische Behandlung von grossem Nutzen sein. Bei der Behandlung ist es nothwendig, die Epithelbildung auf der Schleimhaut zu begünstigen und gleichzeitig die Höhle mit leichten desinficirenden Lösungen zu reinigen. Am besten eignet sich dazu die Salicylsäure.

Réthi (Wien) lenkt die Aufmerksamkeit bei der Behandlung der Ozaena auf die Elektrolyse. In allen Fällen wird hierdurch der Foetor günstig beeinflusst; in wenig vorgeschrittenen Fällen wird die Krankheit in einer Sitzung, in sehr veralteten Fällen in 1—2 Sitzungen grösstentheils behoben. Die Schleimhaut wird succulent, die Secretion flüssiger. Man wird natürlich nicht erwarten, dass eine cirrhotische, ganz atrophische Schleimhaut wiederhergestellt wird, darauf kommt es aber gar nicht an, sondern den Kranken handelt es sich hauptsächlich um die Beseitigung des Foetors. Die negative Platinelektrode wird in das Septum, die positive Kupferelektrode in die mittlere Muschel und ein Strom von 5—6 M.-A. etwa 5 Minuten hindurchgeleitet. Die Wirkung auch auf der nicht behandelten Seite und im Rachen spricht für den Einfluss der Nerven bei der Entstehung der Ozaena. Die Methode ist insbesondere zu empfehlen, weil jede anderweitige locale Behandlung fortfällt.

Morelli (Budapest) schliesst sich Thost an. Er braucht schon seit 15 Jahren die in Budapest schwefelreichen Quellen, theils zum Spülen, theils als Zerstäubung zu diesem Zweck, und es sind auf sein Anrathen im hiesigen Kaiserbade auch entsprechende Localitäten neben der Quelle eingerichtet und werden mit bestem Erfolge benutzt.

Donogány (Budapest).

III. Briefkasten.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologencongress.

Die Berliner Laryngologische Gesellschaft hat in ihrer Sitzung vom 14. Januar einstimmig folgende Resolution gefasst:

> Die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin drückt ihre Freude darüber aus, dass das Internationale Comité zur Vorbereitung des Laryngo-Rhinologencongresses Berlin als Ort für den III. Congress bestimmt hat. Die Gesellschaft wird ihre ganze Kraft dafür einsetzen, den Congress würdig auszugestalten und den Congressmitgliedern den Aufenthalt möglichst angenehm zu machen.

Herr Geheimrath B. Fränkel als Vorsitzender hat den Gesammtvorstand der Berliner Laryngologischen Gesellschaft als Executivcomité für den Congress einberufen. Dieses Comité hat den Unterzeichneten als Schriftführer des Internationalen Comités cooptirt, ausserdem ist ihm als Vertreter der nicht der Laryngologischen Gesellschaft angehörigen Berliner Laryngologen Herr Prof. Benno Baginsky, beigetreten. Das Comité hat sich ferner durch Cooptation einer Anzahl von namhaften Laryngologen aus allen Theilen Deutschlands erweitert, und zwar sind dies bisher die Herren: Blumenfeld (Wiesbaden), Bruns (Tübingen), Freese (Halle), Friedrich (Kiel), Gerber (Königsberg), Hansberg (Dortmund), Hinsberg (Breslau), R. Hofmann (Dresden), Killian (Freiburg), Manasse (Strassburg), Neumayer (München), Seifert (Würzburg), Spiess (Frankfurt a. M,), Thost, (Hamburg), Winckler (Bremen).

Die Berliner Herren werden den Arbeitsausschuss des Comités bilden.

In der ersten Sitzung des Comités wurde unter anderem beschlossen, von einer allgemeinen Ausstellung, wie sie in Berlin aus Anlass des 70. Geburtstages B. Fränkel's und in Wien bei der Türk-Czermak-Feier stattgefunden hatte, diesmal Abstand zu nehmen; dagegen fand der Gedanke allgemeine Zustimmung, die Entwickelung und den heutigen Stand eines oder einiger rhino-laryngologischer Sondergebiete zu illustriren. In Aussicht genommen ist bisher eine Ausstellung die die experimentelle Phonetik in ihren Beziehungen zur Laryngologie veranschaulichen soll.

Alle den Congress betreffenden Anfragen sind an den Schriftführer des Executivcomités, Prof. A. Rosenberg, Berlin NW. 6, Schiffbauerdamm 26, oder an den Unterzeichneten, Berlin W. 62, Nettelbeckstrasse 17, als an den Schriftführer des Internationalen Comités, zu richten.

Finder.

XVII. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Die XVII. Tagung des Vereins findet am 11. und 12. Mai d. J. in Dresden statt. Das definitive Programm wird Mitte April verschickt werden. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind bis spätestens 31. März an den Schriftführer, Dr. Blumenfeld, Wiesbaden, Taunusstrasse 4, zu richten.

Bekanntlich war zum Ort für die diesjährige Tagung ursprünglich Leipzig gewählt worden. Der Vorstand des Vereins sieht sich jedoch jetzt genöthigt zu erklären, „dass die Bildung eines Localcomités für die diesjährige Versammlung des Vereins in Leipzig auf grosse Schwierigkeiten gestossen ist und die letzteren trotz langer Verhandlungen sich unüberwindlich gezeigt haben". Es musste also auf eine Einladung des Dresdener Collegen zurückgegriffen und die Versammlung statt nach Leipzig nach Dresden einberufen werden.

Personalnachrichten.

Hofrath Prof. O. Chiari ist zum Ehrenmitglied der Berliner Laryngologischen Gesellschaft gewählt werden.

Die Eastern Medical Society of City of New York hat Prof. A. Kuttner zu ihrem Ehrenmitglied gewählt.

Dr. H. Marx hat sich in Heidelberg für Otologie und Laryngologie habilitirt.

Dr. Luigi Rugani hat an der Universität Turin die Docentur für Oto-Rhino-Laryngologie, Dr. G. Vitalba an der Universität Neapel die Docentur für Laryngologie erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, März. 1910. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **G. Finder** (Berlin). **Laryngologie und Otologie: Zur Frage ihrer Trennung oder Vereinigung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. S. 2124. 1908.*

Objectives Referat über die Meinungsäusserungen von Semon, B. Fränkel, Jurasz, Barth (Leipzig), Passow, Siebenmann und Chiari (Wien). Schlusssatz: „So wogt unter dem Feldgeschrei: „Hie Trennung, hie Vereinigung" der Widerstreit der Meinungen hin und her. Auch dem Aussenstehenden den Eindruck zu vermitteln, dass hier kein Froschmäusekrieg geführt wird, sondern dass es sich um einen ernsten Kampf um bedeutsame, vielleicht sogar vitale Interessen zweier wichtiger medicinischer Disciplinen handelt, ist der Zweck dieser Zeilen."

ZARNIKO.

2) **Otto Günzel** (Bad Soden). **Eine neue Behandlung von Bronchialasthma.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. S. 2021. 1908.*

Die neue Behandlung besteht in der Anwendung des intermittirenden Gleichstromes. Die indifferente Elektrode (Kathode) ruht dabei auf der Brust oder auf dem Arm. Die positive, wirksame Elektrode wird entweder als Doppelelektrode seitlich am Halse angelegt (4 Milliampères, 5—10 Minuten) oder in Gestalt einer gabelförmigen Elektrode ins Naseninnere geführt (2—3 Milliampères, 5—10 Minuten). Durch einen von einem Uhrwerk bewegten Schleifcontact werden 14000 Unterbrechungen in der Minute zu Wege gebracht. Nach den Erfahrungen des Verf.'s bewirkt die angegebene Behandlung Besserung nicht nur des Athmens, sondern auch anderer auf nervösen Reizzuständen beruhender Erkrankungen (Schmerzen bei acuter Laryngitis, Reizhusten, Schmerzen bei Kehlkopftuberculose, Heuschnupfen, Migräne, Angina pectoris, Intercostalneuralgien, neuritische Schmerzen).

Das zur Behandlung erforderliche Instrumentarium liefert für einen mässigen Preis (ca. 100 M.) die Fabrik elektro-medic. Apparate von Leop. Batschis in Naumburg a. S.

ZARNIKO.

3) **G. Treupel** (Frankfurt a. M.). **Die Behandlung des Asthma bronchiale.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 53. S. 2297. 1908.*

„Das Asthma bronchiale ist eine Psychoneurose, die eine psychische und vielseitige specialistische Behandlung verlangt. Die Narcotica (Atropin, Morphium, Chloralhydrat, Räucher- und Inhalationsmittel) sind im acuten Anfall häufig nicht zu entbehren, sollten aber doch stets nur ein Nothbehelf sein. Sowohl im acuten Anfall als auch namentlich zur Bekämpfung der asthmatischen Disposition ist von der psychischen Disciplinirung und einer systematischen Uebungstherapie das Meiste zu erwarten. Athmungsgymnastik, Hydro- und Pneumatotherapie, so wie der lange Aufenthalt in einem geeigneten Klima (See, Hochgebirge) sind die wichtigsten therapeutischen Maassnahmen. Schwitzcuren (Glühlichtbäder) und die oft wirksame Jodtherapie eignen sich besonders zur Behandlung des asthmatischen Katarrhs und der oft hartnäckigeren Bronchiolitis exsudativa. Die Behandlung des Asthma bronchiale, die von vornherein auf die Beseitigung der nervösen, asthmatischen Disposition abzielt, stellt dem Arzte eine dankbare, aber keineswegs leichte Aufgabe. Ihre glückliche Lösung setzt bei ihm ein vielseitiges Wissen und Können, einen festen Willen und Ausdauer voraus." ZARNIKO.

4) **W. Meessen** (Brüssel). **Vom Bronchialasthma. (De l'asthme bronchique.)** *Journal Médical de Bruxelles. No. 3. 1909.*

Nosographische Studie über das Bronchialasthma. PARMENTIER.

5) **Krasnogorski. Ueber bedingungsweisen Reflex bei Kindern. (Ob uslownich reflekeach w detai.)** *Russ. Wratsch. No. 29. 1908.*

Der geniale Thierexperimentator Pawlow hat mit den bedingungsweisen Reflexen ein neues Gebiet zur Erforschung der psychischen Erscheinungen erschlossen. An Thieren haben seine Schüler die Lehre bereits bis zu einer relativen Vollkommenheit ausgebaut. Krasnogorski hat nun angefangen, die Versuche auf Menschen auszudehnen. Es ergab sich, dass Kinder ebenso wie Hunde an gewisse Reflexe sich gewöhnen und prompt auf dieselben antworten. Zur Ermittelung derselben wird an Thieren die Speichelsecretion benutzt. Am Menschen aber das Schlucksecret. Als Erreger werden Töne verschiedener Qualität, leichtes Kratzen etc. benutzt. P. HELLAT.

6) **Charles Mc. Neil. Eine Studie über Tuberculinreactionen auf Haut und Auge. (A study of the Tuberculin reactions in skin and eye.)** *British Medical Journal. II. p. 1335. 1909.*

Diese sehr interessante Arbeit enthält die 153 in Fällen erhaltenen Resultate; in allen wurde die Pirquet'sche und in 78 die Conjunctivalprobe (Wolff-Eisner — Calmette) gemacht. Es handelte sich darum, den Werth der Hautprobe mit dem der Conjunctivalprobe zu vergleichen. Verf. erzielte die besten Resultate mit einer Modification der Pirquet'schen Probe. Er entfernte an einer kleinen runden Stelle die Epidermis, indem er darauf achtete, dass kein Blut hervorkam; dann wurde das Tuberculin eingerieben. Eine in gleicher Weise vorbereitete Controllfläche wurde mit 50 proc. wässeriger Glycerinlösung gewaschen.

Ein Vergleich dieser Modification mit der ursprünglichen Pirquet'schen Methode fiel zu Gunsten jener aus. Eine grosse Anzahl von positiven Resultaten wurde in sehr vielen Fällen, speciell bei Pleuraergüssen, erzielt. Es schien so, als ob die Hautprobe in vorgeschrittenen Fällen keine verlässlichen Resultate gab. Einen positiven Ausfall des Pirquet sieht Verf. als ein sicheres Zeichen für eine tuberculöse Erkrankung, ob sie klinisch manifest sei oder nicht, an. Der Allgemeinzustand des Patienten ist von Einfluss auf die Reaction, indem diese sich umgekehrt verhält wie der Kräftezustand. Im Vergleich mit dem Calmette scheint die Pirquet'sche Probe feiner zu sein. Sie versagte zwar in einigen Fällen von allgemeiner Tuberculose, wie auch in einigen Fällen des Anfangsstadiums, jedoch auch in dieser Klasse von Fällen waren bisweilen positive Resultate da zu verzeichnen, wo der Calmette im Stich liess, wohingegen dieser niemals positiv war, wo der Pirquet versagt hatte. JAMES DONELAN.

7) **P. Zenker** (Königsberg i. Pr.). **Beiträge zur Histologie der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 143. 1909.*

Befunde von 121 histologischen Untersuchungen, die, je nach der Wichtigkeit, nur erwähnt oder mit ausführlichen klinischen und histologischen Details wiedergegeben werden. Einige recht seltene pathologische Processe im Bereich der oberen Luftwege werden besprochen; es handelt sich um folgende Krankheitsprocesse:

1. Tuberculöse Granulationen.
2. Sklerom der oberen Luftwege.
3. Larynxphlegmone.
4. Struma intralaryngeale mit späterem extralaryngealem Abscess. Struma colloides mit Trachealcompression.
5. Colloide Degeneration des Pflasterepithels bei pathologischen Kehlkopfprocessen.
6. Fibromatöse Neubildungen.
7. Adenoma laryngis.
8. Chondroma laryngis.
9. Carcinome } der oberen Luftwege oder ihrer unmittelbaren Umgebung.
10. Sarcome }

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

8) **Lautmann. Behandlung der Syphilis der oberen Luftwege. (Traitement de la syphilis des voies respiratoires supérieures.)** *Annales de maladies de l'oreille du larynx. Tome XXXV. No. 11.*

Man muss sich vor allzu intensiver Behandlung der Sklerose, wenn sie an auffallenden Stellen sitzt (z. B. an der Lippe), hüten, weil die reactiven Erscheinungen unangenehm werden können. Die Heissluftbehandlung hat in einem Falle von Lippenschanker glänzenden Erfolg gehabt. Ein Mandelschanker könnte die radicale Entfernung der Mandel indiciren. Wenn die secundären Erscheinungen eine auffallende Tendenz zum Recidiv zeigen, ist neben den bekannten Schädlichkeiten (Tabak, Alkohol etc.) auch auf Mundathmung zu fahnden. Sobald der Nasenrachenring mangelhaft ist, stellt die fehlerhafte Mundathmung einen solchen

Reiz für Rachen- und Kehlkopfschleimhaut dar, dass Recidive der Syphilis sich mit Leichtigkeit einstellen. Bei tertiärer Syphilis des Kehlkopfskelettes ist in erster Linie an das Jodkalium zu appelliren. Bei Anwendung desselben ist immer an die Möglichkeit eines Larynxödems infolge von Jodismus zu denken. Die beste Form der Quecksilberverabreichung ist die subcutane Injection von grauem Oel. Die mitgetheilten Zufälle sind alle durch fehlerhafte Technik, namentlich Dosirung der Medicamente, bedingt. AUTOREFERAT.

9) **Vernieuwe. Beim Botulismus beobachtete Schlund- und Kehlkopfsymptome. (Symptomes pharyngés et laryngés observées dans le botulisme.)** *La Belgique Médicale. No. 46. 1909.*

In der Sitzung der Genter medicinischen Gesellschaft vom 5. October 1909 beschäftigte sich der Autor mit dem Botulismus. Er hat einige derartige Fälle behandelt, die sich hauptsächlich durch das Nervensystem betreffende Symptome kennzeichneten. Einige dieser nicht ausgebildeten Fälle bieten dem Kliniker nur allein Symptome von Gaumensegel- und Accommodationslähmungen dar und geben so zu Verwechselungen mit postdiphtheritischen Lähmungen Veranlassung. Er hebt die Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose hervor und beschreibt die verschiedenen Läsionen, welche man von Seiten des Halses bei Fällen von Botulismus und anderen Nahrungsmittelvergiftungen beobachten kann. BAYER.

10) **Umbert** (Barcelona). **Pharyngo-laryngeale Sporotrichose. (Esperetricesis faringo-laringea.)** *Revista barcelonesa de laringologia. 30. September 1909.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Sporotrichose und Tuberculose und Syphilis. Er bezeichnet folgendes als Merkmale:

Die Sporotrichose ist eine polymorphe Affection; man sieht gleichzeitig Ulcerationen, Plaques, Gummata etc. Ihre Entwickelung ist eine sehr rapide. Die Ulcerationen gehen ohne grosse Gewebsverluste vor sich; der Geschwürsgrund ist papillomatös. TAPIA.

11) **D. A. Thomson. Ein Fall von juvenilem Myxödem. (A case of juvenile myxoedema.)** *Lancet. II. p. 926. 1909.*

18jähriges Mädchen mit dem Aussehen und dem Entwickelungszustand eines 7 jährigen Kindes. Behandlung mit Jodothyrin gab gute Resultate, nachdem getrocknete Schilddrüsensubstanz ohne Erfolg geblieben war. WATSON WILLIAMS.

12) **Kanasugi** (Tokio, Wien). **Laryngo-rhinologische Aphorismen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 4 u. 5. 1909.*

Ein Fall, in welchem sich die Stimmbänder und Aryknorpel im Momente der Inspiration in entgegengesetzter Richtung bewegen (durch eine luetische Narbe werden die Aryknorpel in ihrer oberen Hälfte festgehalten und durch die verdünnte Inspirationsluft angesaugt).

Ferner berichtet Kanasugi über die günstigen therapeutischen Erfahrungen bei Nasenreflexen mittelst galvanokaustischer Aetzung der mittleren Muschel nach Angabe seines Lehrers Prof. Grossmann, ferner über dessen therapeutische Versuche mit Röntgenstrahlen bei laryngo-rhino-

logischen Erkrankungen (Carcinom der Nase, des Kehlkopfes, Lupus, Ozaena). Mittheilung günstiger Erfolge. HANSZEL.

13) **A. Onodi** (Budapest). **Rhino-laryngologische Mittheilungen.** *Mit 5 Figuren. Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie. Heft 11. 1909.*

1. Die Kieferhöhle ausfüllende Alveolarcysten.
2. Durch Mediastinaltumor verursachte Kehlkopf- und Augenstörungen.
3. Die Anästhesie des Kehlkopfeinganges bei Recurrenslähmungen.
4. Eröffnung der Stirnhöhle, Neurectomie des Nervus supraorbitalis.
5. Angioma uvulae.
6. Mucocele der mittleren Muschel.
7. Durch Stirnhöhlenentzündung bedingte Sehstörungen.
8. Acute Stirnhöhlenentzündung mit meningealen Symptomen.
9. Intermittirende Geruchsstörungen.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **O. van der Stricht. Das Riechnervenepithelium und seine inneren Grenzmembran. (Le neuroépithélium olfactif et sa membrane limitante interne.)** *Bulletin de l'Académie de Méd. de Belgique. No. 2 u. 3. 1909.*

1. Beim Beginn der Histogenese ist das Riechepithelium durch indifferente Elemente vertreten, deren oberflächliche Schichten ein Mosaik darstellen, gebildet aus kleinen polygonalen Feldern, die ein Diplosom einschliessen; abschliessende (Occlusions)-Bändchen scheiden diese Felder von einander ab und repräsentiren den Grundriss der abgrenzenden Riechmembran.

2. Im zweiten Stadium der Histogenese differenziren sich die Zellen in Gerüstelemente, deren oberflächliche Schichten voluminöse polygonale Diplosomfelder (die Stützfelder) erzeugen, und in Olfactivzellen, deren oberste Schichten sehr kleine abgerundete Felder (Olfactivfelder) bilden. Die centralen Körperchen letzterer Felder vervielfältigen sich innerhalb eines hervorspringenden Bläschens und erzeugen ein Proximalkörperchen, das an der Basis des Bläschens gelegen ist und ein Distalkörperchen nach dem Centrum hin gelegen, alle anderen wandern nach der Peripherie hin, um die Olfactivcilien entstehen zu lassen.

3. Gegen die Geburt zu erzeugen die Occlusionsbändchen, welche die Gerüstfelder umgeben, einen netzförmigen Schleier an der Oberfläche letzterer mit Erhaltung der Riechfelder und einiger Gerüstfelder, die Elementen zugehören, die nicht in Beziehung stehen zu den sensoriellen Zellen. Die definitive Membran ist gebildet aus dem System der Occlusionsbändchen und dem reticulären Schleier, durchkreuzt von den Olfactivbläschen mit Cilien.

4. Die oberflächlichen Verlängerungen der sensoriellen Elemente können enge Beziehungen eingehen mit der Mehrzahl der Stützzellen. Bei der weissen Maus enden dieselben oberflächlich nicht zwischen den Stützfeldern, sondern in ihrem Innern.

5. Beim Erwachsenen besteht an der Oberfläche der Netzmembran eine platte Schicht, eine Art von Häutchen, herrührend von einem Secretionsprocess der

Stützzellen. Diese Schicht bildet ein Schutzstüzorgan um die ciliirten Olfactivbläschen herum.

BAYER.

15) **G. Anhalt. Ueber traumatische Riechlähmungen.** *Dissert. Leipzig 1908.*

In den Jahren 1900—1905 wurden im Hermannshaus in Stötteritz, das Unfallverletzte mit nervösen Symptomen zum Zwecke der Begutachtung aufnimmt, Geruchsprüfungen bei 1525 Unfallnervenkranken vorgenommen.

Von den 1525 Unfallverletzten hatten 738, also annähernd 50 pCt., Kopftraumata erlitten, von den leichtesten Contusionen bis zu schwersten Fracturen der Basis. Die Kopftraumata schweren Grades waren in der Ueberzahl (111 Schädelbrüche und 397 Gehirnerschütterungen).

Unter den 1525 obenerwähnten Unfallverletzten waren nur bei 265, also in 17 pCt. aller Fälle, Störungen der Geruchswahrnehmung nachweisbar. Dabei muss bemerkt werden, dass die Geruchsprüfung ohne besonderen Apparat vorgenommen wurde, so dass nur die gröberen Störungen Berücksichtigung fanden. 63 mal handelte es sich um eine totale und 202 mal um eine partielle Anosmie.

Die Beantwortung der Fragen, ob eine traumatische oder nicht traumatische Anosmie vorliegt oder ob eine nachgewiesene traumatische Anosmie organisch oder functionell bedingt ist, war in einem Theil der Fälle schwer oder unmöglich zu lösen.

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die Diagnose der Riechstörungen ist auch heute noch mit grossen, in manchen Fällen unüberwindbaren Schwierigkeiten verknüpft. Das Trauma im Allgemeinen, besonders aber die Kopfverletzung, führt sehr häufig zu einer Schädigung des Riechvermögens. Die traumatische Hysterie spielt in der Aetiologie der Riechlähmungen eine hochwichtige Rolle.

OPPIKOFER.

16) **S. Lewis Ziegler. Reflexneurosen, die von Abnormitäten in Auge und Nase ausgehen. (Reflex neuroses arising from ocular and nasal abnormities.)** *N. Y. Medical Journal. 7. November 1908.*

Folgende Punkte sind bei der Feststellung des Ausgangs von Reflexneurosen zu beachten:

1. Auge und Nase verdienen als häufigste Ursachen von Neflexneurosen sorgfältige Untersuchung, bevor man nach anderweitigen Ursachen forscht.

2. Da oculare und nasale Reflexneurosen viel Gemeinsames haben, so sollte so früh wie möglich sorgfältig differenzirt werden.

3. Ametropie, Accommodationsschwäche etc. müssen corrigirt werden, um das Auge als causalen Factor auszuschliessen.

4. Ein atrophirter Augapfel mit contrahirender Ciliarnarbe soll enucleirt werden.

5. Druckcontact in der Nase löst, wenn es sich um eine hyperästhetische Zone handelt, Reflexe aus und muss daher beseitigt werden.

6. Jedes Athemhinderniss in der Nase muss beseitigt werden.

LEFFERTS.

17) **J. A. Stucky. Einige Reflexneurosen, die von Abnormitäten in der Nase ausgehen. (Some reflex neuroses arising from nasal abnormities.)** *N. Y. Medical Journal. 4. December 1909.*

Den von Ziegler angeführten Punkten (cfr. vorgehendes Referat) fügt Verf. noch folgende hinzu: Gichtische Zustände, abnorme Stoffwechselvorgänge im Darm müssen bei jener Reflexneurose sorgfältig beachtet und corrigirt werden.

LEFFERTS.

18) **Gereda** (Madrid). **Die nasalen Reflexe. (Los reflejos nasales.)** *Revista ibero-americana de ciences medicas. März 1909.*

Bericht über 2 Fälle, Hysterische betreffend, bei denen eine Aphonie nach Fortnahme des hinteren Endes der unteren Muschel verschwand. TAPIA.

19) **M. Grossmann** (Wien). **Experimentelle Beiträge zur Lehre vom nasalen Asthma.** *Wiener med. Wochenschr. No. 3, 4 u. 5. 1910.*

Nach dem auf dem 16. internationalen medicinischen Congress in Budapest gehaltenen Vortrage. Erklärung der klinischen Erscheinungen des nasalen Asthmas auf Grund experimenteller Untersuchungen an Hunden, von der Thatsache ausgehend, dass die centripetale Reizung des N. trigeminus und des N. laryngeus sup. im Gegensatz zu allen anderen peripheren sensiblen Nerven den Nutzeffect der Herzarbeit herabsetzt. Die Folgezustände der experimentellen Reizung der Nasenschleimhaut haben mit den klinischen Symptomen des nasalen Asthmas eine frappante Aehnlichkeit, so vor allem das Volumen pulmonum auctum, Tiefstand des Zwerchfells, begleitet von hochgradigen Athembeschwerden. Ueber den Gang und die Details der interessanten Untersuchungen ist die Monographie selbst nachzulesen. HANSZEL.

20) **Guiard** (Lyon). **Niesanfälle durch Haare von Platanenblättern hervorgerufen. (Crises d'éternuement provoquées par des poils de platane.)** *Société médicale de Lyon. 11. Mai 1909.*

Verf. untersuchte im Verlauf eines heftigen Niesanfalls mikroskopisch seinen Nasenschleim. Er fand darin eine Menge sehr kleiner, spitzer Nadeln, die sich als Härchen herausstellten, die die Oberfläche der Platanenblätter bedecken.

GONTIER de la ROCHE.

21) **F. P. J. Doeleman** (Rotterdam). **Niesen. (Niezen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 6. 1909.*

Ein Mann mit einem Infiltrat im rechten Oberlappen und hartnäckigem Husten war früher vielfach mit Niesen geplagt gewesen. Als die Tuberculose und der Husten aufgetreten, hatte das Niesen plötzlich aufgehört. Nach einem Jahre war Patient hergestellt. Mit dem Nachlassen des Hustens trat das Niesen bis zu der alten Heftigkeit und Frequenz wieder auf. H. BURGER.

22) **Hans Liebermann. Ueber Helgoland und Heufieber.** *Mit 1 Tab. Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1909.*

Der Helgoländer Aufenthalt bietet nach L. den Heufieberkranken nicht die günstigen Existenzbedingungen, wie man auf Grund der Veröffentlichungen des

Heufieberbundes von Helgoland anzunehmen geneigt wäre. Auf Grund eigener Erfahrungen im Sommer 1908 war von den 50—60 anwesenden Heufieberpatienten nur ein einziger auf Helgoland anfallsfrei. Zunächst werden auf Helgoland selbst durch die dortige Gras- und Strandhaferblüte Anfälle ausgelöst, des ferneren bringt der — auf Grund der Tabelle — an durchschnittlich jedem zweiten Tage auftretende Landwind viel Blüthenstaub vom Lande mit herüber. Auf Grund dieser Thatsachen stünden die von Helgoland gegen die Erkrankung gebotenen Erleichterungen nicht in entsprechendem Verhältniss zu der bisweilen recht kostspieligen weiten Reise und dem theuren Aufenthalt. Wer in der Lage sei, nach Helgoland zu reisen, könne sich seine Existenzbedingungen zu Hause derartig einrichten, dass er sich hier ebenso „anfallsfrei" erhalte, wie auf Helgoland. HECHT.

23) **A. Wolff-Eisner** (Berlin). **Ueber die Bedeutung Helgolands für die Behandlung des Heufiebers (Pollenkrankheit).** *Münch. med. Wochenschr. No 28. 1909.*

Theilweise Zurückweisung der Liebermann'schen Behauptungen (Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1909). Autor hat bereits im Jahre 1906 auf die Möglickeit des Vorkommens von Heufieberanfällen auf Helgoland und deren Ursache hingewiesen; aber gerade die Patienten, die auch in Helgoland erkranken, können unmöglich in ihrer Heimath vor Anfällen bewahrt werden, und befinden sich selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen auf Helgoland noch viel besser, wie je zur gleichen Zeit zu Hause. Der Erfolg jeglicher Therapie hängt bekanntlich von dem Grade der Pollenempfindlichkeit ab, der auch für die Auswahl des Aufenthaltsortes maassgebend ist. Nur die schwersten Fälle werden gewöhnlich nach Helgoland übergeführt, nachdem sich das Ideal der Klimatotherapie, ein Schiff mit Heufieberkranken weit in die hohe See hinauszuschicken, bisher nicht durchführen liess. Für leichter Erkrankte kommen noch andere Orte in Betracht, so die von R. Bärwald bekannt gegebenen Orte im Engadin, ausserdem die entsprechende locale Therapie. Autor hat bei leichten und mittelschweren Fällen mit seinen verbesserten Pollenschutzapparaten combinirt mit Serumanwendung sehr befriedigende Resultate erzielt. HECHT.

24) **Otto Schultz** (Hannover, Vorsitzender des Heufieberbundes von Helgoland e. V.). **Ueber Helgoland und Heufieber.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1909.*

Schultz weist die Angriffe Liebermann's auf die Bedeutung Helgolands als refugium Heufieberkranker zurück und sucht L.'s Irrthümer zu berichtigen. Heufieberkranke müssten in möglichster Nähe des Strandes wohnen, „je näher der Landungsbrücke, desto besser", und nicht, wie seiner Zeit L., davon entfernt an einem ganz zurückgelegenen, blumenreichen Felsabhang, dem sogen. Helgoländer Nizza. Die Vorzüge Helgolands seien durch die Fragebogen-Beantwortungen des Bundes einwandsfrei festgelegt. Er erinnert des Ferneren daran, dass gerade für Heufieberkranke der Sommer 1908 besonders ungünstig gewesen sei (geringere Pollantinerfolge) und dass trotzdem in Helgoland eine Reihe Heufieberkranker Declamations- und Gesangsvorträge hielten, die ein 2 Wochen langes Proben benöthigten. Auch die Windtabellen des Herrn L. seien in der angegebenen Form unrichtig. HECHT.

25) **William Scheppegrell. Die Immunisirungsbehandlung des Heufiebers. (The immunizing treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 4. December 1909.*

Verf. weist darauf hin, dass die gerühmte Serumbehandlung in der Praxis im Stich gelassen hat. Er meint, dass die erregende Ursache der Krankheit nicht die Goldruthe (golden rod), sondern die Ambrosia artemisifolia (reg weed) soi; jedoch sei diese Pflanze nicht für alle Fälle verantwortlich. Ungefähr 15 pCt. der Fälle seien schon dadurch zu heilen, dass die oberen Luftwege in einen anatomisch normalen Zustand gebracht werden. Die Pollen der Ambrosia enthalten einen scharfen aromatischen Bestandtheil, der irritirend auf die Schleimhaut der Nase wirkt. Verf. lässt die Pollen der mit Staubgefässen versehenen Blumen inhaliren; diese Inhalationen haben schwache typische Symptome im Gefolge. Die geeignete Zeit für diese Inhalationen ist unmittelbar vor dem Zeitpunkt, wo gewöhnlich die Anfälle bei dem Patienten auftreten. Allmählich machen die Inhalationen weniger und weniger Reaction und der Patient wird für die Zeit immun; jedoch muss die Behandlung jedes Jahr während der Heufiebersaison fortgesetzt werden. Patient kann sich dabei im Freien aufhalten. Verf. macht die Behandlung so, dass er ein paar Theelöffel voll staubgefässhaltiger Pflanzen in ein Gazebeutelchen einwickelt und sie dann vor der Nase zerreiben lässt; am wirksamsten sind zwei Jahre alte Pflanzen. Sie müssen vor dem ersten Frost gepflückt werden. LEFFERTS.

26) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose. (Hoofdpijn als menigvaldig gevolg van neuslijden en hare diagnose.)** *Med. Weekblad. 27. März 1909.*

An der Hand von Veekenstedt's „Würzburger Abhandlung“ giebt M. einen klaren Ueberblick über das ganze Thema. H. BURGER.

27) **George A. Laland. Tic douloureux. Intranasale Behandlung. Heilung. (Tic douloureux. Intranasal treatment. Recovery.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 19. November 1908.*

Es handelte sich um eine 75jährige Frau. Seit 10 Jahren bestanden sehr heftige Schmerzen an der linken Seite der Oberlippe. Operative Behandlung der Highmorshöhle, Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle führte zur Beseitigung der Schmerzen. EMIL MAYER.

28) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Beitrag zur nasalen Epilepsie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, bei dem durch einen zwecks Beseitigung von Nasenpolypen vorgenommenen operativen endonasalen Eingriff ein typischer epileptischer Anfall ausgelöst wurde. Der Patient litt in seiner Jugend an Krämpfen. Verf. räth, bei jedem endonasalen Leiden den Patienten in Bezug auf sein nervöses Verhalten zu examiniren und im Falle einer positiven Anamnese, falls die Beschwerden nicht erheblicher Natur sind, von einem operativen Vorgehen abzusehen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

29) **Arnold Siegmund** (Berlin-Wilmersdorf). **Ueber Magenstörungen bei Masturbanten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1908.*

Siegmund erörtert den Zusammenhang von Magenstörungen (Magenschmerzen und -Krämpfe mit oder ohne Uebersäuerung) und Onanie und weist darauf hin, dass diese Beschwerden jeglicher Behandlung trotzen, mit Aufhören der Masturbution aber meist vollkommen verschwinden. Bei einigen Fällen bleiben aber die Beschwerden auch nach Aussetzen der Masturbation noch bestehen; hier ist — unter Hinweis auf die Flies'schen Theorien und die Genitalpunke der Nase — durch locale Behandlung der „Magenschmerzstelle der Nase" (vorderes Ende der linken, mittleren Muschel) eine vollkommene Dauerheilung zu erzielen. „Auch der Darm wird durch Onanie geschädigt." „Eine so entstandene Obstipation ist durch Behandlung der neuralgisch veränderten unteren Muschel der Nase oder der Tubercula septi heilbar." Auch die bei Onanisten — unter sonst normalen Verhältnissen der oberen Luftwege — des Oefteren vorhandenen Erscheinungen der Aprosexie lassen sich durch entsprechende Behandlung der Nase beseitigen — unter gleichzeitiger Ausschaltung der Onanie.

HECHT.

30) **P. Bonnier** (Paris). **Die Enteritis und die Nasenschleimhaut. (L'enterite et la muqueuse nasale.)** *Arch. générales de Médecine. Mai 1908.*

Verf. stellt fest, dass Ueberreizung der die Nasenschleimhaut innervirenden Trigeminusfasern im Stande ist, schwere Functionsstörungen im Darm hervorzurufen dadurch, dass die Thätigkeit der bulbären Hemmungscentren gestört wird. Er theilt eine Reihe hierher gehöriger Beobachtungen mit. Indem er mit dem Brenner über den oberen Rand der unteren Muschel in seiner ganzen Länge hinfuhr, war er im Stande, hartnäckige Enteritiden zur Heilung zu bringen. Die Resultate sind fast unmittelbare und zeigen sich bereits am folgenden Morgen. Von 27 Fällen von Enteritis mit Obstipation wurden 14, von 11 Fällen von Enteritis mucomembranacea wurden 9 auf diese Weise gebessert. Es handelt sich zweifellos nicht um Enteritiden im wörtlichen Sinn, sondern um Störungen der nervösen Thätigkeit.

GONTIER de la ROCHE.

31) **M. Opificius. Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Häufigkeit von Recidiven nach Behandlung der Nasenaffectionen.** *Dissert. Freiburg 1908.*

Auf Veranlassung der Augenklinik Freiburg wurde bei 137 Kindern mit skrophulösen Augenleiden in der Hals- und Nasenklinik eine rhinoskopische Untersuchung vorgenommen: Bei 135 Patienten, also bei 98,5 pCt. aller Fälle, konnte gleichzeitiges Nasenleiden constatirt werden.

Von den 135 Patienten unterzogen sich 75 einem operativen Eingriff zur Beseitigung der Nasenaffection (52 mal Gottstein, 17 mal Scheere, 2 mal submucöse Septumresection, 4 mal Tonsillotomie).

Nach der Nasenoperation wurde das Auge behandelt und eine auf die Besserung des Allgemeinbefindens zielende Therapie eingeleitet.

Der Erfolg der Nasenbehandlung offenbarte sich nun dadurch, dass die locale Behandlung des Augenleidens fast durchwegs prompter wirkte, Recidive des

Augenleidens seltener und dementsprechend die Dauerresultate viel bessere waren. Zahlenangaben sind der Arbeit beigefügt.

OPPIKOFER.

32) **Ziem. Lähmung des Nervus oculomotorius und Nasenleiden. (Parésie du nerf moteur oculaire commun et maladies nasales.)** *Archives internation. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Aus Anlass eines Falles von recidivirender Oculomotoriuslähmung, die Ziem dadurch zur Heilung brachte, dass er seinen Patienten veranlasste, viel in freier Luft zu leben und eine feuchte Wohnung aufzugeben, wiederholt der Danziger Specialist seine bekannten Ansichten über den Zusammenhang von Nasen- und Augenleiden, die, es muss zugegeben werden, noch nicht Gemeingut aller Ophthalmologen sind. Ziem's Wunsch nach rhinologischer Ausbildung der Ophthalmologen ist bekannt und noch nicht realisirt. Bekannt sind auch Ziem's Antipathien gegen die grossen Operationen an den Nasenhöhlen, es ist nur fraglich, ob man, wie er es wünscht, mit „Diet, Quiet und Merryman und frischer Luft" auch in den leichtesten Fällen von chronischer eitriger Sinusitis auskommt, von den schweren gar nicht zu sprechen.

LAUTMANN.

33) **Adam** (Berlin). **Die eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Auges.** *Med. Klinik. 46. 1909.*

Sammelreferat.

SEIFERT.

34) **Schleifstein. Ueber den Zusammenhang von Kopfschmerzen und Augenleiden bei Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (Bóle glowy a oko w cierpieniach nosa i jego zatok.)** *Medycyna. No. 43. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall plötzlichen Todes im Laufe der Untersuchung bei einem Manne, der seit langer Zeit an starken Kopfschmerzen litt und bei dem Verf. eine Eiterung der Sphenoidalhöhle und der Lamina cribrosa constatirte. Die heftigen Kopfschmerzen, die für syphilitische oder nervöse Erscheinungen angesehen wurden, wurden entsprechend aber erfolglos behandelt. Von diesem unangenehmen Ereignisse ausgehend, macht Verf. auf den hohen Werth der Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen bei Augenleiden und heftigen, andauernden Kopfschmerzen aufmerksam.

A. v. SOKOLOWSKI.

35) **E. Baumgarten** (Budapest). **Sehstörung infolge von Nasenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1909.*

B. hat wegen einer seit 5 Wochen bestehenden Sehstörung die linke Keilbeinhöhle eröffnet; es hat sich weder Eiter noch irgend ein Secret entleert. Pat. hat aber eine sofortige geringe Besserung des Sehvermögens bemerkt. Nachher wurde die mittlere Muschel entfernt. Das Sehvermögen bessert sich von Tag zu Tag.

v. NAVRATIL-POLYAK.

36) **F. R. Toepolt. Zur Kenntniss der von den Nebenhöhlen ausgehenden Orbitalentzündung.** *Dissert. Jena 1908.*

Mittheilung von 5 Fällen, die in der Universitätsaugenklinik zu Jena beobachtet wurden. Die Orbitalentzündung ging 4mal vom eiternden Siebbein und

1mal von der eiternden Stirnhöhle aus. In allen 5 Fällen Heilung nach operativer Behandlung der eiternden Nebenhöhlen. OPPIKOFER.

37) **Arnold Knapp. Die Augencomplicationen bei Nasenhöhlenerkrankungen. (The ocular complications of nasal sinus disease.)** *American Journal Medical Sciences. Juli 1909.*

Verf. bespricht das Oedem und die Abscesse der Orbita, die Erkrankungen des N. opticus, Augenmuskellähmungen, gewisse functionelle Störungen des Auges. Er warnt davor, zu oft Augenaffectionen auf Rechnung von Nebenhöhlenerkrankungen zu setzen. A. LOGAN TURNER.

38) **E. Oppikofer** (Basel). **Mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut von 166 chronisch eiternden Nebenhöhlen der Nase nebst Beitrag zur Genese der Plattenepithelcarcinome der Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. hat die Schleimhaut in 165 chronisch eiternden Nebenhöhlen schematisch untersucht. Das Material wurde meist im Anschluss an die Operation und nur in einzelnen Fällen durch Nasensectionen gewonnen.

Möglichst grosse Stücke, manchmal die ganze Schleimhautauskleidung der Nebenhöhle wurden mikroskopisch untersucht und mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt. 118 Kieferhöhlen, 32 Stirnhöhlen, 12 Siebbeinzellen, 3 Keilbeilhöhlen gelangten zur Untersuchung. Bei allen Höhlen findet sich ungefähr gleich häufig Plattenepithel, und zwar:

unter	118 Kieferhöhlen	in 48,	also	bei 41	pCt.	aller Fälle,
„	32 Stirnhöhlen	„ 10,	„	„ 31	„	„ „
„	12 Siebbeinhöhlen	„ 4,	„	„ 33	„	„ „
„	3 Keilbeinhöhlen	in keinem Falle.				

Der Befund von Plattenepithel bei chronischer Nebenhöhleneiterung bedeutet somit durchaus nichts Aussergewöhnliches. Doch nimmt fast ausnahmslos diese Epithelart nur sehr kurze Strecken ein. Nur in 3 Fällen war das Plattenepithel auf grösseren Strecken vorhanden als das Cylinderepithel.

Plattenepithel lässt immer auf chronischen Charakter der Eiterung schliessen, bei 70 mehr acuten Kieferhöhlenentzündungen konnte in keinem Falle Plattenepithel nachgewiesen werden.

Von ausserordentlicher Mannigfaltigkeit ist Bindegewebe und kleinzellige Infiltration, auch in ein und derselben Nebenhöhlenschleimhaut. Die Gefässe sind vermehrt und erweitert. Pigment im Bindegewebe findet sich in der Mehrzahl der Präparate. Die Drüsenvertheilung ist unregelmässig. Der Knochen erscheint vielfach wie arrodirt; an anderen Stellen macht sich Neubildung von Knochengewebe bemerkbar. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

39) **Max Scheier** (Berlin). **Die Diagnostik der Empyeme der nasalen Nebenhöhlen und das Röntgenverfahren.** *Fraenkel' Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. hält die Röntgenstrahlen für ein werthvolles Hülfsmittel in der Diagnostik der nasalen Nebenhöhlenempyeme. Insbesondere lässt sich die Grösse der

Höhlen, speciell der Stirnhöhlen durch Profil- und Sagittalaufnahme mit X-Strahlen feststellen, was bei der elektrischen Durchleuchtung nicht möglich ist. Ueberhaupt räth Verf. Aufnahmen im sagittalen und profilen Durchmesser an, um eventuell localisirte Verdickungen, die infolge Schattenbildung bei sagittaler Durchstrahlung als Grenze einer Nebenhöhle (Stirnhöhle) angesprochen werden könnten, als solche diagnosticiren zu können.

Verf. stellt seit Kurzem mittels des Grissonator ausgezeichnete Skiagramme des Kopfes in 1—2 Secunden her; Vorsicht wegen eventuellen Haarausfalles ist anzuwenden. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

40) **R. H. Manwaring** (Northwich). **Sinusitis als Begleiterscheinung von Influenza. (Sinusitis occurring as a concomitant complication of influenza.)** *Lancet. 6. November 1909.*

Der Artikel enthält nichts Neues; die Schlussfolgerungen zeigen, dass sie auf einer geringen Erfahrung sich aufbauen. WATSON WILLIAMS.

41) **H. Hempel** (Berlin). **Jodkalitherapie bei Eiterung der Nasennebenhöhlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. S. 1768. 1908.*

Nicht nur bei acuten, sondern auch bei manchen chronischen Nebenhöhleneiterungen wirkt nach den in Rosenberg's Privatpraxis und Poliklinik gesammelten Erfahrungen die Darreichung von Jodkali (10,0 : 200,0, 3mal 1 Theelöffel täglich) vortrefflich. Das Mittel verflüssigt das Secret, ohne Verschwellung herbeizuführen und befördert dadurch die Heilung. In anderen Fällen beseitigt es die nervösen Begleiterscheinungen (Kopf- und Druckschmerzen). Wo also keine Idiosynkrasie gegen Jodkali vorhanden ist, soll man die angegebene Therapie versuchen, bevor man sich zu chirurgischen Eingriffen entschliesst. ZARNIKO.

42) **C. Vohsen** (Frankfurt a. M.). **Methodik der Durchleuchtung von Oberkiefer- und Stirnhöhlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. S. 1311. 1908.*

Verf. hat seinen früheren bekannten Durchleuchtungsapparat vervollkommnet, indem er 1. die Kohlenfadenlampe durch eine Metallfaden-(Osram-)Lampe ersetzt hat, die heller leuchtet und weniger hitzt, so dass die Kühlung wegfallen kann; 2. in dem Griff einen Rheostaten zur feineren Einstellung anbrachte.

Die genauen Angaben des Verf.'s über die von ihm bei der Durchleuchtung von Kiefer- und Stirnhöhle beobachtete Technik muss im Original nachgelesen werden. Hier sei nur erwähnt, dass er die Untersuchung der Stirnhöhle um die wichtige Methode der „Beobachtung des Grenzbezirks“ bereichert hat. Diese Methode beruht auf der Erfahrung, dass eine gesunde Stirnhöhle von einer kranken aus schwerer durchleuchtbar ist, als eine kranke von einer gesunden aus, weil im ersten Falle das vom Stirnhöhlenboden herkommende Licht zweimal eine kranke und verdickte und deshalb schwerer permeable Schleimhaut zu passiren hat, im letzten Falle nur einmal. Näheres im Original.

Auch wer nicht mit dem Verf. der Ansicht ist, dass keine Methode für die Untersuchung der Nebenhöhlen die Durchleuchtung ersetzen könne, wird jeden Fortschritt auf diesem Gebiete freudig begrüssen. Und deshalb sei der Aufsatz des

enthusiastischen Mitbegründers und Verfechters der Durchleuchtungsmethode der Beachtung der Leser dieses Blattes dringend empfohlen. ZARNIKO.

43) **Rivière. Die acuten Sinusitiden. (La forme aigue des sinusites.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 27. 1909.*

Am 2. oder 3. Tage einer acuten Sinusitis haben die Patienten ein Fremdkörpergefühl im Rachen. Bei der Untersuchung findet man ein Oedem, das auf das Zäpfchen beschränkt ist. Neben der classischen Behandlung verwendet der Autor Glycerinwattetampons und grosse Spülungen des Rachens. LAUTMANN.

44) **R. H. Powell. Eine neue Methode zur Behandlung von Nebenhöhlenerkrankungen. (A new method of treating the accessory sinuses of the nose.)** *The West Virginia Medical Journal. März 1909.*

Empfehlung der Saugmethode. Verf. projectirt ein Instrument, mittels dessen die hinteren Nasenöffnungen verstopft werden können, so dass in der Nase ein Vacuum erzeugt werden kann. EMIL MAYER.

45) **Percy Fridenberg. Die Eröffnung der Nebenhöhlen von der Orbita aus. (The orbital route of the accessory sinuses.)** *American Journal of Surgery. Juli 1909.*

Die Eröffnung von der Orbita ist indicirt bei Complicationen, wie Fistelbildung, Protrusio irgend einer Sinuswandung in die Orbita mit oder ohne Exophthalmus, Subperiostalabscess, Orbitalcellulitis von einer Nebenhöhle ausgehend, ferner bei cerebralen Symptomen, persistirendem Kopfschmerz, progressiver Erblindung oder Opticusaffectionen aus ähnlicher Ursache, die auf intranasale Behandlung nicht prompt zurückgehen.

Verf. bespricht dann die Technik der Operation. Um den Thränensack braucht man sich nicht zu kümmern; dagegen solle die Trochlea geschont werden. Bedingung sei, dass die innere und obere Orbitalwand in weiter Ausdehnung freigelegt werde. Durch frühzeitige und gründliche Operation in geeigneten Fällen könne die Zahl der orbitalen Complicationen, der rhinogenen Erblindungen und intracraniellen Infectionen herabgesetzt werden. EMIL MAYER.

46) **Leon Samenhof** (Warschau). **Ein Fall von acuter idiopathischer Knochenentzündung des Oberkiefers (Osteomyelitis idiopathica maxillae.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Das Krankheitsbild, das zuerst von E. Schmiegelow im Jahre 1896 beschrieben wurde, ist ein äusserst seltenes: bis jetzt sind nur drei Krankheitsfälle in der Literatur mitgetheilt.

Der beschriebene Fall stellt eine idiopathische Erkrankung des Oberkiefers mit Ausgang in eine begrenzte Nekrose dar. Die Behandlung besteht vor allem in der Herstellung des Eiterabflusses und in antiseptischen Durchspülungen nach vorheriger Entfernung der abgestorbenen Theile.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

47) **H. E. Kanasugi** (Tokio). **Ueber die Dehiscenzen der Kieferhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. S. 1405. 1908.*

Verf. fand an 3500 Schädeln 26 mal Dehiscenzen der Kieferhöhlenwände, der vorderen, der hinteren und der orbitalen. Nach der allgemeinen Annahme haben diese Dehiscenzen nicht die Wichtigkeit für die Ausbreitung pathologischer Processe, die ihnen Verf. zuerkennt.

ZARNIKO.

48) **Bourguet. Chronische Kieferhöhlenentzündung mit acutem Nachschub infolge eines Furunkels der Oberlippe. Luc-Caldwell'sche Operation in Localanästhesie. (Sinusite maxillaire chronique rechauffée à la suite d'une furonculose de la lèvre supérieure.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 44. 1909.*

Patient wurde am Staar operirt. 7 Tage später entwickelt sich ein Furunkel der Oberlippe, der merkwürdig rasch schon nach 3 Tagen zur Fistelbildung sowohl unter dem Thränensack, als auch durch die vordere Wand des Sinus führt. Spaltung des Furunkels und am nächstfolgenden Tage typischer Caldwell-Luc unter Localanästhesie (Einreibung mit 5proc. [!] Cocainlösung, was wohl ein Druckfehler ist). Der einzige Vorwurf, den man der Caldwell-Luc'schen Operation bisher machte, war, dass hierzu allgemeine Narkose nöthig war. Durch Anwendung der localen Anästhesie fällt dieser Vorwurf, und nimmt sich Bourguet vor, in Zukunft alle seine Kieferhöhlenentzündungen nur noch nach Luc in Localanästhesie zu machen.

LAUTMANN.

49) **Font de Boter** (Barcelona). **Sinusitis vom letzten Molaris ausgehend. (Sinusitis producida por al ultimo molar.)** *Revista barcelonesa de enfermedades del oido. December 1907.*

Bericht über einen Fall.

TAPIA.

50) **P. J. Mink** (Utrecht). **Auscultation der Kieferhöhle. (Auscultatie der bovenkaabsholte.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 324. 1909.*

M. empfiehlt die Auscultation als diagnostisches Hülfsmittel bei der Kieferhöhlenentzündung. Sein Instrument ist ein 4—5 dm langer Schlauch, dessen Enden mit einem Ansatzstück für das Ohr und einem Ohrtrichter versehen sind, dessen weiteres Ende auf die Fossa canina aufgesetzt wird. Man hört, bei ruhiger Athmung und stärker bei forcirter Athmung, ein amphorisches Geräusch, welches in der Nasenhöhle entsteht und durch die luftgefüllte Kieferhöhle fortgeleitet wird. Ist die Höhle mit Flüssigkeit gefüllt, so fehlt das Geräusch. Vorbedingung zur Würdigung dieses Symptoms ist, dass die Athmungsluft frei durch die betreffende Nasenhälfte strömt und keine Schleimhautschwellungen oder Polypen vorhanden sind

H. BURGER.

51) **G. Berthou. Ueber die als Kieferhöhleneiterung auftretende Form des Kieferhöhlenkrebses. (Contribution à l'étude de la forme sinusiale du cancer du sinus maxillaire.)** *Dissert. Lille 1907.*

47jähriger Mann. Bei der Operation nach Luc-Caldwell war die maligne Natur der Kieferhöhleneiterung nicht aufgefallen. Einige Monate später Protrusio bulbi und Herauswachsen des Tumors nach Mund und Wange. X-Strahlen ohne Erfolg.

OPPIKOFER.

52) **Louis Vacher. Zur Behandlung der Kieferhöhleneiterung auf endonasalem Wege. (Contribution à l'étude de la cure de la sinusite maxillaire par voie nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Jetzt, wo es allgemein üblich wird, die Kieferhöhleiterung vom unteren Nasengange aus radical zu eröffnen, ruft Vacher in Erinnerung, dass er diesen Operationsmodus schon 1906 beschrieben hat. Er benutzt zur Operation den Elektromotor und operirt unter localer Cocainanästhesie. Adrenalinbepinselung ist abzurathen wegen Gefahr der Nachblutung. Um Recidive zu vermeiden, ist es angezeigt, den vordersten Winkel der Kieferhöhlenbucht, beim Naseneingang, auch mit wegzunehmen.

LAUTMANN.

53) **Sturmann** (Berlin). **Die intranasale Eröffnung der Kieferhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. S. 1273. 1908.*

In diesem in der Berliner laryngologischen Gesellschaft am 12. Juni 1908 gehaltenen Vortrage schildert Verf. ein Verfahren, das „die Mitte zwischen den kleinen und grossen Operationen“ der Kieferhöhleneröffnung einhält und die für jede Art der Erkrankung passende Behandlung anzuwenden gestatten soll.

Nach Infiltrationsanästhesirung der facialen der Apertura piriformis benachbarten Aussenfläche und des unteren Nasenganges wird ein senkrechter Schnitt auf dem Rand der Apertur geführt, der möglichst weit nach oben und unten reicht und noch auf den Nasenboden übergeht. Abhebeln der Weichtheile und des Periosts von der facialen Fläche (bis 2 cm von der Apertura) und der Schleimhaut des unteren Nasenganges. Mit Meissel und Knochenzange wird jetzt der Knochen lateralwärts vom unteren Nasengange entfernt und weiter so viel, dass man einen vollkommenen Ueberblick über die Höhle (? d. Ref.) erhält. Spülung mit H_2O_2. Ist lediglich Schleimhautschwellung vorhanden: Jodoformtamponade. Sonst Curettement und Implantation eines zungenförmigen Lappens aus dem unteren Nasengange. Nachbehandlung unter Controle des Auges.

(Man sieht, das Verfahren sucht dasselbe zu erreichen, wie die Luc-Denker'sche Operation, nur dass nicht vom Munde, sondern von der Nase her vorgegangen wird. Welche Vortheile das haben soll, ist mir räthselhaft. Auch vom Munde her lässt sich, wie bereits im Jahre 1904 v. Eicken angegeben hat, unter Infiltrationsanästhesirung ziemlich schmerzlos, sicherlich ebenso schmerzlos wie von der Nase her, operiren; die Uebersicht aber und die Beurtheilung der Schleimhautbeschaffenheit müssen bei der oralen Operation besser, die Entfernung des Erkrankten muss vollkommener [wie will man z. B. den Recessus praelacrimalis vom Nasenloch her ausräumen?], die Lappenbildung, die sehr wichtig ist, muss leichter und correcter ausführbar sein. Auch wird die Blutung vom Munde her besser zu beherrschen sein und die Operation trotz ihrer Gründlichkeit kürzer dauern als die intranasale. Diese und noch manche andere Gründe sichern den oralen Operationen nach meiner Ansicht ihre dauernde Ueberlegenheit über die intranasalen, und alle Versuche, mit diesen, die als conservative Methoden wohl am Platze sind, den oralen Concurrenz zu machen, werden scheitern.)

ZARNIKO.

54) **Erich Ruttin** (Wien). **Zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang.** *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 11, 1909.*

Autor geht bei der breiten Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus in der Weise vor, dass er zuvor die untere Muschel temporär resecirt. Seine Methode ist folgende: Unter Infiltrationsanästhesie „schneidet er den vorderen Ansatz der unteren Muschel mit einem Skalpell ein, meisselt sodann den ganzen Ansatz der unteren Muschel so durch, dass die Muschel nur an der ihre obere Fläche überziehenden Schleimhaut hängt .... Hierauf wird die Muschel nach oben geschlagen .... und in der nach oben geschlagenen Lage durch einen Brünings'schen, an einem Faden befestigten Gummischwammtampon erhalten. Der Faden wird an der Wange mittelst Heftpflaster befestigt". Nach Beendigung der Operation wird der Gummischwammtampon entfernt, die Muschel wieder in die normale Lage herabgeklappt und durch untergeschobene Tampons bis zur Anheilung in dieser Lage erhalten. In schweren Fällen, in denen Autor nach Luc-Caldwell oder Denker operirt, schlägt er auch vorher die untere Muschel von der Nase aus in der angegebenen Weise nach oben. Die Abbildungen demonstriren in anschaulicher Weise das Verfahren.

HECHT.

55) **James Donelan. Die Behandlung chronischer Highmorshöhleneiterungen; Operationsmethode und neue Instrumente. (The treatment of chronic suppuration of the maxillary antrum; an operation and new instruments.)** *The Lancet. Vol. II. p. 1748. 1909.*

Die Operation besteht darin, dass ein ungefähr viereckiges Stück der antronasalen Wand entfernt wird. Mit einem dreieckigen, gebogenen ∠ förmigen Hohlmeissel wird die erste Incision gemacht, dann wird von den oberen und unteren proximalen Enden dieser Incision je eine nach hinten und aussen verlaufende horizontale Incision mit einem starken graden Meissel angelegt. Schliesslich werden die hinteren Enden dieser Horizontalschnitte durch einen vertical verlaufenden Meisselschlag verbunden und durch eine Drehung des Meissels das lose Knochenstück in die Nase hineinbefördert.

Verf. weist darauf hin, dass das Antrum, besonders sein tiefer gelegener Theil mit der hinteren Hälfte der unteren Muschel correspondirt und dass das vordere Drittel der Muschel keine Beziehung zu der Höhle hat. Er hält infolge dessen die Entfernung des vorderen Drittels der Muschel für zwecklos; sie hat auch den Nachtheil, dass bei kalter Witterung leicht Neuralgien entstehen.

WATSON WILLIAMS.

56) **Mahu. Radicaloperation der chronisch entzündeten Kieferhöhle von der Nasenhöhle aus.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 9.*

Empfohlen wird, die Kieferhöhle, nach dem Vorschlage von Claoué, nach Abtragung des vorderen Drittels der unteren Muschel, von ihrer medialen Wand aus anzubohren und dann ein möglichst grosses Loch in die Wand zu machen, von dem aus bequem die Schleimhaut curettirt und die Höhle gewaschen werden kann. Als Instrument hierzu wird eine neue combinirte starke Scheere mit ganz

kurzem Schnabel empfohlen, die durch Druck in die Kieferhöhle, wie ein Troikart, eingetrieben wird und dann geöffnet, stückweise das Loch in die Wand schneiden kann. Um bequem curettiren zu können, hat Mahu biegsame Curetten angegeben, die die nothwendigen Krümmungen annehmen. Die Operation wird in localer Anästhesie ambulatorisch ausgeführt. LAUTMANN.

57) **Fr. Munch. Localanästhesie bei der Radicaloperation der Kieferhöhle. (L'anesthésie régionale dans la cure radicale de la sinusite maxillaire.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 47. 1909.*

Nach einer kurzen historischen Uebersicht über die Entwickelung der Localanästhesie bei der Behandlung der eitrigen Kieferhöhlenentzündung (Börger, Gordon King, Schilperoort, Nager) erwähnt Munch die Methode von Moure und Garrot, die darin besteht, dass man durch eine dreifache Anbohrung des Oberkieferknochens die Diploe mit Cocain überschwemmt. Dadurch soll auch die letzte Schwierigkeit des schmerzlosen Operirens, das Auskratzen der entarteten Kieferhöhlenschleimhaut, überwunden sein. Munch, geleitet durch die in letzter Zeit besonders gepflegte endonasale Behandlung des Trigeminus, kam auf die Idee, diese Methode ebenfalls zu benutzen. Die Methode ist für den Larynx schon durch Frey früher veröffentlicht worden und (was der Autor nicht erwähnt) für das Septum durch Killian. Die vom Autor benutzte Methode ist die von Baudouin und Levy beschriebene. Munch ist mit der erzielten Anästhesie sehr zufrieden und verwendet sie ausschliesslich seit einem Jahre.

LAUTMANN.

c. Mundrachenhöhle.

58) **Abetti** (Florenz). **Die Riga-Fede'sche Krankheit.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 69. 1909.*

Mittheilung von zwei Fällen aus der Klinik von Burci. SEIFERT.

59) **Nicolas. Multiple Schanker des Kinns und der Lippe, ein Carcinom vortäuschend. (Chancres multiples du menton et de la lèvre simulant un épithélioma.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 10. November 1909.*

Bei einem 56 jährigen Mann fand sich ein kleiner wuchernder Tumor des Kinns und zwei Erosionen der Lippe mit erheblicher Schwellung der in der Mittellinie oberhalb des Zungenbeins und der in der Achselhöhle gelegenen Drüsen.

Man dachte an Epitheliom; es stellte sich aber heraus, dass es sich um Primäraffecte nach einer kleinen Verletzung mit dem Rasirmesser handelte.

GONTIER de la ROCHE.

60) **Lecène** (Paris). **Bindegewebsgeschwulst der Unterlippe. (Conjonctivome de la lèvre inférieure.)** *Société anatomique. 3. December 1909.*

Der Tumor hatte das Aussehen einer Cyste; es handelte sich jedoch um eine reine Bindegewebsgeschwulst. GONTIER de la ROCHE.

61) **Gerardo Sgobbo. Fibrochondrom der Wange. (Fibro-condroma della guancia.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1909.*

Auf der Schleimhaut der linken Wange ungefähr an der Commissur zwischen den oberen und unteren Molaren fand sich eine Neubildung, die sich als Fibrochondrom erwies. Verf. schliesst, dass die meisten an dieser Stelle sitzenden Geschwülste Hemmungsbildungen sind (Beobachtung von Gayet), dass aber auch hier Tumoren rein glandulären Ursprungs sich finden. Abgesehen von diesen beiden Arten der Entstehung kommt in Betracht, dass wiederholte Traumen zu einer Verdickung der Schleimhaut und schliesslich zur Geschwulstbildung führen.

FINDER.

62) **W. B. Cushing. Ulceröse Stomatitis mit Vincent'schen Bacillen. (Ulcerative Stomatitis associated with Vincent's Bacillus.)** *Montreal Medical Journal. August 1909.*

C. berichtet Fälle von leichter contagiöser Stomatitis ulcerosa, in denen sich der Bacillus fusiformis und Spirillen fanden; sie traten in Anstalten bei Kindern im Alter von 3—8 Jahren auf, die unterernährt oder von mangelhafter Gesundheit waren. Die Krankheit begann als ein kleines Ulcus am Zahnfleischrand und breitete sich in einigen Fällen in der Form einer adhärirenden Pseudomembran oder einer oberflächlichen Nekrose der Schleimhaut an der Wange, Zunge oder des Pharynx aus; es bestand charakteristischer Fötor, geringe Störung des Allgemeinbefindens und Schwellung der benachbarten Drüsen. Ausstrichpräparate zeigten die charakteristischen Mikroorganismen in grosser Menge. Alle genasen in einer bis drei Wochen. Jodkali, innerlich gegeben, scheint die Heilung zu beschleunigen.

EMIL MAYER.

63) **H. Arrowsmith. Schwarze Haarzunge; Hyperkeratosis linguae. (Black hairy tongue. Hyperkeratosis linguae.)** *The Laryngoscope. Juli 1909.*

Verf. beschreibt seinen eigenen Krankheitsfall. Er wurde durch ein Gefühl auf der Zunge, als ob diese mit einer Zahnbürste berührt würde, dazu veranlasst, sich zu untersuchen und entdeckte einen schwarzen Fleck am Zungengrund nahe den Papillae circumvallatae. Mikroskopisch erwies sich die Veränderung als eine Hyperkeratose. Nach 10 Tagen verschwand die Störung ohne jede Behandlung.

EMIL MAYER.

64) **De Serano. Epitheliome der Zunge und des Mundbodens. (Epithéliome de la langue et du plancher buccal.)** *La Belgique Méd. No. 45. 1909.*

In der Genter medicinischen Gesellschaft stellt am 1. Juni 1909 der Autor mehrere nach dem Rocher'schen Verfahren an dieser Affection operirte Kranke vor. Die Discussion über die Behandlung dieser Affection gibt zu einer langen Verhandlung bezüglich eines deutschen Serums, des Schmidt'schen Cancroidins, Veranlassung, über welches sich mehrere Mitglieder der Gesellschaft, welche dasselbe geprüft hatten, in einer späteren Sitzung der Gesellschaft am 7. Sept. 1909 abfällig äusserten.

BAYER.

65) **Goris. Zwei Fälle von Zungenkrebs. (Deux cas du cancer de la langue.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 20.*

In der belgischen Gesellschaft für Chirurgie zeigt am 27. März 1909 G. ein ganz kleines Zungencancroid vor, welches er ganz im Anfang seines Auftretens exstirpirt hatte; mitten auf dem ca. 1 qcm grossen Kern befindet sich eine Fissur, hervorgebracht durch den schneidenden Rand eines cariösen Backenzahnes. G. betont diese nur zu häufig verkannte Aetiologie und die Wirksamkeit der frühzeitigen Eingriffe. Der zweite Fall hingegen betrifft einen auf der ganzen Hälfte der Zunge ausgebreiteten Krebs unter Mitleidenschaft der Halsdrüsenkette. Die Massenexstirpation, welche allein einige Gewähr für eine dauerhafte Heilung bietet, hat leider in der Mehrzahl der Fälle eine tödtliche Bronchopneumonie zur Folge.

PARMENTIER.

66) **F. C. Raynov. Die Zungentonsille. (The lingual tonsil.)** *American Journal of Surgery. April 1909.*

Verf. beschreibt das Symptomenbild der phlegmonösen Entzündung an der Zungenbasis, ferner die von der Zungentonsille ausgehenden Reflexe. Das häufigste Symptom ist eine Parästhesie des Pharynx verschiedenen Grades mit Husten. Reiche zottige Hyperplasien sind mit der Curette, hervorragende Massen mit der Schlinge abzutragen. Breite flache Hyperplasien zerstört man mit Aetzmitteln, entweder chemischen oder mit Galvanokaustik. Ferner werden beschrieben Varicen und varicöse Tumoren.

EMIL MAYER.

67) **W. Stuart Low. Die Chirurgie der Strumen des Zungengrundes. (The surgery of lingual thyroids.)** *N. Y. Medical Record. 12. Juni 1909.*

Da nach völliger Entfernung der Schilddrüsensubstanz am Zungengrund bisweilen Myxödem auftrat, so muss man sich in all diesen Fällen vor der Operation davon überzeugen, ob die normale Schilddrüse hinreichend entwickelt ist. Ist sie nicht vorhanden oder nur sehr klein, so soll man die Struma des Zungengrundes nur operiren, wenn genügende Indicationen dazu vorliegen. Fehlt die normale Schilddrüse, so muss jedenfalls etwas von der Schilddrüsensubstanz am Zungengrund stehen bleiben. Verf. empfiehlt, die Zunge von der Spitze bis zur Basis zu spalten, da so am besten eine radicale Entfernung möglich sei. Er zieht diese Methode der Pharyngotomia subhyoidea vor, da diese bei Geschwülsten der Zungenbasis den Nachtheil hat, eine Communication zwischen der septischen Mundhöhle und der grossen Wunde aussen am Halse zu bilden.

LEFFERTS.

68) **Fein** (Wien). **Der sogenannte und der wirkliche Rachenkatarrh.** *Medic. Klinik. 43. 1909.*

Mit vollem Recht betont F., dass mit der Bezeichnung „Rachenkatarrh" von Laien nicht nur, sondern auch von Aerzten viel Missbrauch getrieben wird und dass die Besichtigung der hinteren Rachenwand für sich allein völlig werthlos ist und dass erst durch Untersuchung der umgebenden Organe, in erster Linie der Nase, der Sitz der Erkrankung festgestellt werden kann. Auch darin kann man mit F. übereinstimmen, dass bei allen Formen acuter Entzündung des Rachens

eine mechanische Behandlung irgend welcher Art, insbesondere das so beliebte Pinseln, streng zu vermeiden ist. SEIFERT.

69) **Gaucher. Nekrose des Pharynx nach Injectionen von grauem Oel. (Nécrose pharyngée à la suite d'injections d'huile grise.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 18. Juni 1909.*

Ein Syphiliskranker erhielt vier Injectionen von grauem Oel. Einen Monat später trat Stomatitis und Gangrän des Pharynx auf. Der Tod erfolgte durch Blutung aus der linken Carotis. Verf. bringt die Gangrän in Zusammenhang mit den Injectionen von grauem Oel. A. CARTAZ.

70) **Tytgat. Ein Fall von Fibroepithelialtumor der Submaxillardrüse. (Un cas de tumour fibroépithéliale de la glande sous-maxillaire.)** *Belgique Médical. No. 45. 1909.*

In der medicinischen Gesellschaft von Gent, Sitzung vom 1. Juni 1909 äussert der Autor bezüglich der histogenetischen Natur dieser Tumoren die Meinung, dass die branchiogene Theorie von Veau und Cuneo am besten ihr Entstehen erkläre.

BAYER.

71) **A. Winternitz** (Budapest). **Ringförmige Naht des Ductus Stenonianus wegen Speichelfistel.** *Orvosi Hetilap. No. 50. 1909.*

Die Fistel ist nach Eröffnung eines Furunkels auf der Pars masseterica entstanden. W. hat die Stümpfe aus der Narbe herauspräparirt, die Enden aufgefrischt und über eine eingeführte Sonde mit feiner Catgutnaht ringförmig vereinigt. v. NAVRATIL-POLYAK.

72) **Richard H. Johnston. Ein grosser Stein im Ductus Whartonianus. (A large calculus from Wharton's Duct.)** *The Laryngoscope. 1909.*

Der Stein maass 2,2 : 1,6 : 1,0 cm, und wog 1,72 g. EMIL MAYER.

73) **Robert E. Davidson. Speichelsteine; nebst Bericht über einen Fall. (Salivary calculi with report of a case.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Februar 1909.*

Verf. hat in der Literatur 242 Fälle gefunden und glaubt daraus auf die Seltenheit der Affection schliessen zu dürfen. Er vergisst dabei, dass zahlreiche Fälle gewiss nicht publicirt werden. LEFFERTS.

74) **A. Pollak** (Wien). **Ein geschütztes Bistouri für Operationen in der Mundhöhle und im Rachen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 50. 1909.*

Die Schneide des Instruments ist zu zwei Dritteln stumpfrandig. HANSZEL.

75) **J. Hammond. Instrument zur Annäherung der Gaumenfortsätze in Fällen von angeborenem Gaumenspalt. (Instrument for the approximation of the palatine processes in cases of congenital cleft palate.)** *Journal of the American Medical Association. 27. Februar 1909.*

Beschreibung eines Apparates, der aus zwei durch Schrauben einander zu nähernden oder von einander zu entfernenden Platten besteht. EMIL MAYER.

76) **H. Stern. Specialärztliche Behandlung der wegen Wolfsrachen Operirten.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 5. November 1909.) *Wiener med. Wochenschr. No. 46. 1909.*

Stimmübungen und passive Bewegungen des Gaumensegels mit Hilfe des Gutzmann'schen Obturators, eventuell in Verbindung mit elektrischer Behandlung und Athemübungen.

HANSZEL.

77) **Van den Wildenberg. Complicirter Wolfsrachen. (Gueule de loup compliquée.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Februar-März 1909.*

18 Monate altes Kind mit Gaumenspalte, im unteren Drittel 2 cm, am oberen 1 mm breit, wurde schon 2 mal anderweitig ohne jeden Erfolg operirt.

Der Autor führte nun eine neue Operation in zwei Zeiten aus; zuerst brachte er das vorspringende Os intermaxillare in die richtige Lage, dasselbe mit Metallsuturen fixirend, darauf nahm er 3 Wochen später eine weitere Operation vor, bei welcher zuerst der Nasenflügel losgelöst, dann die Spaltränder angefrischt und alles dann vernäht wurde. Resultat perfect.

BAYER.

78) **Van den Wildenberg. Gaumenspalten und Oto-Rhinoskopie. (Divisions palatines et Oto-rhinoscopie.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Februar-März 1909.*

Vorstellung eines an Wolfsrachen operirten 5 jährigen Kindes mit Uranostaphylorrhaphie; vollständige Vereinigung per primam; 5 Tage nach der Operation konnte das Kind mit einer für Jedermann verständlichen Sprache sich ausdrücken.

BAYER.

79) **Brocq, Pautrier** und **Fernet. Diffuses Lymphadenom des Gaumengewölbes und der Zunge. (Lymphadénome diffus de la voute palatine et de la langue.)** *Société française de Dermatologie. 1. Juli 1909.*

Patient, ein 48 jähriger Mann, leidet seit dem Jahre 1907 an einer rothen schmerzhaften Infiltration an der Uvula, dem Gaumensegel und dem Gaumengewölbe. Eine antisyphilitische Behandlung war resultatlos. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Stückes ergab ein diffuses Lymphadenom. Ein Jahr später wurde die Zunge ergriffen; sie zeigte eine höckerige Infiltration an der linken Seite. Auf Anwendung von Radium erfolgte erhebliche Besserung.

A. CARTAZ.

80) **Pietro Casali. Die spitzen Condylome des Gaumens. (I Papillo-acantomi del palato.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica di Roma. 1908.*

Es handelt sich um ein spitzes Condylom des harten Gaumens bei einem 18 jährigen jungen Mann. Der Tumor war von konischer Gestalt, ca. 1 cm gross, von rother Farbe, blumenkohlförmig. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Hypertrophie der Papillen und des Stratum Malpighi und ein histologisches Bild, das vollkommen dem der spitzen Condylome glich.

FINDER.

81) **Francesco di Colo. Die Epithelperlen des Gaumengewölbes in Bezug auf die Aetiologie der Tumoren dieser Region. (Le perle epiteliali della volta palatina in rapporto coll'etiologia dei tumori di tale regione.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Ebenso wie die sogenannten Branchialepitheliome von eingeschlossenen Ectodermkeimen entstehen und so wie Malassez eine ähnliche Entstehung für gewisse Oberkiefertumoren aus paradentalen Epithelresten nachgewiesen hat, macht es Verf. wahrscheinlich, dass manche Tumoren des Gaumengewölbes ihren Ursprung nehmen von Epithelresten, deren Vorhandensein in der Zwischenkiefergegend von Leboucq nachgewiesen worden ist.

FINDER.

82) **William R. Murray. Vincent'sche Spirillen und Bacillus fusiformis bei pseudomembranöser Angina. (Vincent's spirillum and bacillus fusiformis in pseudomembraneus angina.)** *Journal of American Medical Association, 30. Juli 1909.*

Klinisch ähneln diese Fälle in mancher Hinsicht den Mykosen und in den Ausstrichpräparaten wurden einige Leptothrixfäden gefunden. Ob die Vincent-schen Bacillen den ätiologischen Factor darstellen, scheint dem Verf. zweifelhaft.

EMIL MAYER.

83) **Sobernheim** (Berlin). **Ueber Angina Vincenti.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. S. 1380. 1908.*

Demonstration eines Falles von syphilitischen Plaques opalines der Tonsillen, zu denen sich Angina Vincenti gesellte. — In der Discussion erwähnt Niedner einen Fall, in dem eine Mischinfektion von Diphtheriebacillen, Vincent'schen Spirillen und Streptokokken vorhanden war.

ZARNIKO.

84) **P. Rudloff** (Wiesbaden). **Ueber einen Fall von Angina ulcero-membranosa (Angina necrotica, Plaut-Vicent'sche Angina).** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 50. S. 2177. 1908.*

Der Fall ist dadurch merkwürdig, dass er einen 81 jährigen Greis betraf. Bisher ist die Erkrankung bei Individuen, die älter als 50 Jahre waren, nicht beobachtet worden.

ZARNIKO.

85) **Santi Pusateri. Chronisch verlaufende Angina Vincenti. (Angina di Vincent a decorso cronico.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Januar 1909.*

Es handelte sich um eine Angina Vincenti, die beide Tonsillen befiel und zu erheblichen Zerstörungen an derselben führte: die rechte Tonsille wurde vollständig zerstört. Die Erkrankung zog sich Monate lang hin. Unter Aetzungen mit $3^1/_2$ proc. Chlorzinklösung und Anwendung von desinficirenden Gurgelwässern trat schliesslich Heilung ein.

FINDER.

d. Diphtherie und Croup.

86) **Notiz des Herausgebers. Hohe Mortalitätsziffern bei Diphtherie. (High death rate in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1909.*

Das Sanitätsdepartement von Chicago giebt als Hauptgründe für die zur Zeit bestehende hohe Diphtheriesterblichkeit folgende drei Hauptgründe an: erstens, dass die Fälle zu spät in Behandlung kommen, zweitens, dass eine zu kleine Antitoxindosis gegeben und drittens, dass diese nicht früh genug wiederholt wird.

LEFFERTS.

87) **Much** (Hamburg-Eppendorf). **Zur Diphtherieepidemie. III.** *Medic. Klinik. 3. 1910.*

Während die Kliniker fast ohne Ausnahme den Werth des Serums anerkennen, steht ein auffallend grosser Procentsatz der praktischen Aerzte dem Serum skeptisch und ablehnend gegenüber. In dem vorliegenden Aufsatz bemüht sich Much, die verschiedenen Bedingungen, unter welchen die Wirksamkeit des Mittels eingeengt wird, klarzulegen, den grössten Nachdruck legt er darauf, dass eine rechtzeitige Einspritzung fast immer Hilfe schaffte. (Ob diese klaren Ausführungen die Gegner der Seruminjectionen bekehren werden, erscheint fraglich, durch gerichtliche Klagen wegen unterlassener oder verzögerter Einspritzung unter der Rubrik Kunstfehler dürfte mehr zu erreichen sein.)

SEIFERT.

88) **Starkiewicz. Einige Fälle von Diphtheritis mit sehr bösartigem Verlaufe. (Kilka przypaków blonicy o niezwykle zlosliwym przebiegu.)** *Przeglad pedyatryczny. No. 4. 1909.*

Verf. beschreibt 5 Fälle von Rachendiphtherie in ein und derselben Familie mit tödtlichem Ausgange in 4 Fällen. Das jüngste von den Kindern war 6 Wochen, das älteste 5 Jahre alt (es genas). Der Verlauf der letalen Fälle war sehr bösartig, ständig waren blutiges Erbrechen, hohes Fieber, bis zu 40,6°, vorhanden. Trotz der Einspritzung des Serums breiteten sich die Belege von den Mandeln auf den rechten Gaumen und die hintere Rachenwand aus. Die bakteriologische Untersuchung zeigte in allen Fällen das Vorhandensein des Diphtheriebacillus und der Streptokokken, ausserdem war bei einem Falle der Bacillus pyocyaneus, bei anderen der Staphylococcus aureus vorhanden.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Diphtherie im Anschluss an die Tonsillotomie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Bei einem 7jährigen Mädchen stellte sich ca. 8 Tage nach vollzogener Tonsillotomia duplex und Adenotomie eine Diphtherie des Rachens und Kehlkopfs ein. Nach erfolgter Seruminjektion trat Heilung ein.

Zwei ähnliche Fälle sind 1894 von A. Cailé (N. Y. Med. Rec. 2 Juni und N. Y. Med. Journ. 4. August) beschrieben worden.

WILELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

90) **Fritz Meyer. Der Effect von Diphtherietoxin und Antitoxin auf das Herz. (The effect of Diphtheria toxin and antitoxin on the heart.)** *N. Y. Medical Record. 31. Juli 1909.*

Eine Wiedergabe des in der Berliner klin. Wochenschrift vom 28. Juni 1909 enthaltenen Artikels. LEFFERTS.

91) **W. H. Park. Diphtherieantitoxin. (Diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Juni 1909.*

Verf. meint, dass die Globulinpräparate des Antitoxin geeignet sind, die Anwendung des Serums bald zu verdrängen. Sie sind ungiftiger als das ganze Serum, Erytheme und andere Nebenwirkungen treten weniger häufig auf.

Verf. hat die Angabe französischer Autoren, wonach die Sera sehr inconstant seien, nicht bestätigt gefunden. Bei Prüfung von Sera verschiedenster Provenienz hat er constatiren können, dass sie stets im wesentlichen den von den Herstellern gemachten Angaben entsprechen. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

92) **Henri Bourgeois** und **Leon Egger. Das Oedem des Kehlkopfs.** *Annales des maladies de l'oreille etc. Tome XXXV. No. 7 u. 8.*

Dieser Aufsatz ist der unveränderte Abdruck des Referates, das die beiden Autoren für den letzten Congress 1909 der französischen Gesellschaft für Otorhinolaryngologie ausgearbeitet hatten. Seiner Bestimmung nach handelt es sich um eine Zusammenfassung unserer Kenntnisse über das Larynxödem, wobei der historische Theil allerdings sehr kurz gekommen ist. Neu ist nur die Eintheilung der Autoren, die folgende Formen unterscheiden a) infectiöses Oedem, wobei sie auch ein primäres infectiöses Oedem annehmen (?) und ein secundäres infectiöses Oedem im Anschluss an Infectionskrankheiten (Krebs? ?), b) ein Oedem bei Nierenkrankheiten, c) ein toxisches, von dem sie nur das Jodödem anerkennen, d) ein traumatisches (nach Verbrennungen?), e) solches nach Circulationsstörungen und endlich f) das nervöse Oedem, zu dem die Autoren das angio-neurotische Oedem (Quincke) und gesondert von dieser die Urticaria laryngis rechnen. Eine ganze Reihe von Krankengeschichten illustriren den Text, dem ein reichhaltiges Literaturverzeichnis angefügt ist. LAUTMANN.

93) **Champeaux. Kehlkopfödem nach Jodtinctur. (Oedème du larynx par application locale de tincture d'iode.)** *Revue hebd. No. 33. 1909.*

Ein zweijähriges Kind schluckt aus Versehen einen Theil des Inhaltes einer Flasche, die Jodtinctur enthält. Kurze Zeit darauf entstand ein acutes Oedem des Kehlkopfes, das die Tracheotomie nöthig machte. LAUTMANN.

94) **Chauffard** und **Guy Laroche. Acutes Pneumokokkenödem des Kehlkopfs mit nachfolgender Pneumonie und Pneumokokkensepsis. (Oedème aigu pneumococcique laryngé avec pneumonie et septicémie pneumococcique consécutives.)** *Société Médicale dss hôpitaux. 19. November 1909.*

Das Oedem trat als primäres klinisches Symptom einer Pneumokokkensepsis auf, die nach der Tracheotomie sich in einer Pneumonie, Arthritis des Schultergelenks und einer Phlegmone des Oberschenkels zeigte. de la ROCHE.

95) **M. D. Lederman. Kehlkopfödem nach Infection des unteren Pharynx. (Edema of the larynx following an infection of the lower Pharynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Die Infection erfolgte nach Verschlucken eines Hühnerknochens. Die Untersuchung ergab seröse Infiltration der linke ary-epiglottischen Falte. Aeusserlich bestand etwas Schwellung hinter dem linken Unterkieferast. Das Oedem des Larynx machte Fortschritte. Eine Incision in der Infiltration hinter dem Kiefer ergab ein paar Tropfen Eiter. Nach dieser Incision nahm das Oedem ab; die Wunde wurde offen gehalten und allmählich verschwanden die Erscheinungen von Seiten des Larynx.

EMIL MAYER.

96) **v. Hansemann** (Berlin). **Ueber einen durch Cantharidin geheilten Fall von Kehlkopflupus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. S. 1425. 1908.*

v. H. constatirte nekroskopisch bei einem 49jährigen an Magencarcinom verstorbenen Patienten, dass der früher im Gesicht und an der Epiglottis vorhandene Lupus vollständig abgeheilt war. Pat. war von Liebreich lange Zeit mit Cantharidin behandelt worden und v. H. ist geneigt, die Abheilung des Lupus auf diese Behandlung zurückzuführen.

ZARNIKO.

97) **Nobicourt** und **Texier** (Paris). **Kehlkopftuberculose im Kindesalter. (Tuberculose laryngée infantile.)** *Société de Pédiatrie. 19. October 1909.*

Auf Grund der Symptome bei einem 8 Monate alten Kinde dachte man an Croup, bei der Autopsie fand man eine tuberkulöse Ulceration einer Stimmlippe.

GONTIER de la ROCHE.

98) **L. Bar** (Nizza). **Ein Fall von primärer Kehlkopftuberculose. Beobachtungen über die Behandlung der Kehlkopftuberculose und insbesondere über die galvanokaustische Behandlung. (Un cas de tuberculose primitive du larynx; considérations sur le traitement de la tuberculose laryngée et en particulier sur le traitement galvanocaustique.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1909.*

Der Fall spricht klar und deutlich zu Gunsten der Theorie einer primären Larynxtuberkulose. Dieses Factum ermöglicht die Hoffnung einer Radicalheilung dank einer energischen Behandlung. Während man so Schritt für Schritt und mit einer nicht gewöhnlichen Ausdauer, wie der vorliegende Fall bewies, kämpfte, muss man daran denken, dass es für jedes Stadium der Kampfperiode eine bestimmt ausgesuchte Behandlung giebt, und dass im Allgemeinen die vorsichtig aber doch richtig angewandte Galvanokaustik bei Ulcerationen von jeder Periode dem Kranken die eclatantesten Dienste erweisen wird.

PARMENTIER.

99) **Albrecht** (Tübingen). **Ueber Kehlkopftuberculose. Experimentelles und Klinisches.** *Habilitationsschrift. Wiesbaden 1909.*

Die Kehlkopftuberkulose entsteht in der Regel durch sputogene Contactinfection. Bei dieser ständigen Infectionsquelle liegt stets die Gefahr erneuter Infection vor und dadurch wird die Prognose der an sich schon sehr ernsten und hartnäckigen Erkrankung entschieden verschlechtert. Nach Experiment und Klinik

ist die beste Tiefentherapie die Galvanokaustik, mit der nur die Röntgentherapie in Concurrenz treten könnte. Die Curette hat nur in Ausnahmefällen ausheilenden Erfolg.

SEIFERT.

100) **R. B. Homann. Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (The treatment of tuberculous laryngitis.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Juli 1909.*

Unter den empfohlenen therapeutischen Methoden wird auch die Sonnenlichtbehandlung mittelst reflectirter Spiegel empfohlen.

EMIL MAYER.

101) **W. E. Casselberry. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the Larynx.)** *Journal American Medical Association. 7. August 1909.*

Verf. unterscheidet zwischen den resistenten und nicht resistenten Patienten. Bei den Letzteren ist chirurgische Behandlung contraindicirt, ausgenommen bei Dyspnoe oder, um der Dysphagie vorzubeugen.

EMIL MAYER.

102) **Robert Levy. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. September 1909.*

Aus den Bemerkungen des Verf.'s seien folgende hervorgehoben: Der günstige Einfluss der Quecksilberbehandlung bei Larynxaffectionen tuberculöser Patienten kann nicht als positiver Beweis für den Werth dieser Behandlungsmethode bei Tuberculose angesehen werden. Die bacteriologische Diagnose kann oft durch directe Entnahme aus dem Larynx gestellt werden.

LEFFERTS.

103) **A. Hohbaum. Ueber Sonnenlichtbehandlung bei Kehlkopftuberculose.** *Dissert. Leipzig 1908.*

H. empfiehlt an Hand von 10 Krankengeschichten die Sonnenlichttherapie bei Kehlkopftuberculose.

OPPIKOFER.

104) **Joseph Kramer** (San Remo). **Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose durch Sonnenlicht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Behandlung und Heilung eines vorgeschrittenen Falles von Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht. — Es bestanden neben hochgradigen Infiltrationen und Ulcerationen starke Oedeme. Das Licht wurde anfangs täglich zweimal einige Minuten lang in den Kehlkopf geworfen, später nach allmählicher Steigerung täglich zweimal eine Stunde. Nach einigen Wochen waren die Oedeme geschwunden, nach 4 Monaten auch die Ulcerationen. Einige Wochen später war völlige Heilung eingetreten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **Theodore Janssen. Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst Sonnenlichtes. (Treatment of laryngeal tuberculosis by means of sunlight.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juni 1909.*

Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen, die im Sanatorium Davos behandelt wurden. Viele von ihnen blieben für lange Jahre geheilt. Verf. beschreibt eine Vorrichtung, mittelst deren das Sonnenlicht in die Mundhöhle und von dort mit dem Larynxspiegel in den Kehlkopf reflectirt wurde. Die Patienten lernen es

sehr bald, die Behandlung selbst auszuführen. Die Sitzungen dauern $^1/_2$ bis 1 Stunde. Im Gebirge wurde ein Planspiegel benutzt, während für das Flachland wegen des schwächeren Sonnenlichts sich ein Concavspiegel von 40 cm Focallänge empfiehlt.

LEFFERTS.

106) **Nepieu. Die Phototherapie in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (La photothérapie dans le traitement de la tuberculose laryngée.)** *Académie de Médecine. 19. October 1909.*

Verf. hat gute Resultate mit der Lichtbehandlung der Kehlkopftuberculose erzielt und zwar hat er sich des electrischen Bogenlichts bedient. Die Strahlen wurden mittels einer Quarzlinse concentrirt und durch besondere Kehlkopfspiegel aus Quarz reflectirt. Die Sitzungen dauern 10 Minuten. Eine der auffallendsten Folgen ist das Nachlassen der Schluckschmerzen, die Abnahme der Infiltration und die allmähliche Vernarbung der Geschwüre.

A. CARTAZ.

107) **R. Dreyfuss** (Strassburg). **Optimismus und Pessimismus in der Therapie der Larynxtuberculose.** *Strassburger med. Zeitung. XII. 1909.*

Der Pessimismus mancher Aerzte gegenüber der Therapie bei Lungentuberculose beruht auf der falschen Vorstellung, dass die Kehlkopferkrankung eine Complication der Lungentuberculose in deren Endstadium sei, ferner dass im Gegensatz zu der Lungentuberculose die Tuberculose des Kehlkopfes sehr selten ausheilt. Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die gegen die Lungentuberculose gebräuchlichen Methoden.

FINDER.

108) **Poyet. Die Leukoplasie des Kehlkopfes.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 7.*

Die Leukoplasie des Kehlkopfes ist zum ersten Male zusammenfassend vom Autor in seiner Doctordissertation behandelt worden. Die diesbezüglichen Veröffentlichungen in der Literatur sind selten. Poyet rechnet nicht nur die syphilitischen Formen, sondern alle Pachydermien des Kehlkopfes mit weisser Verfärbung zur Leukoplasie. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass es sich eher um Bedürfnisse der Klinik handelt, als um eine Gruppe von Krankheiten mit genauen pathologisch-anatomischem Charakter. Deutlich geht dies hervor, wenn man z. B. das synoptische Tableau betrachtet, nach welchem der Autor die Differentialdiagnose angiebt zwischen Leukoplasie einerseits und andererseits Papillomen, Krebs, Syphilis sec. et tert., Tuberculose. Allerdings giebt uns Poyet auch eine kurze pathologisch-anatomische Beschreibung, die übereinstimmt mit der Beschreibung der Leukoplasie auf anderen Gebieten und deren bekannte Charaktere die Hyperkeratose des Epitheliums mit Bildung von Eleidin in den Zellen ist.

LAUTMANN.

109) **Compaired** (Madrid). **Gummöse Infiltration der Aryknorpel, Taschenbänder und Epiglottis mit Verschluss der Epiglottis. Tracheotomie. Heilung durch intramusculäre Einspritzungen. (Infiltración gomosa del aritenoide, banda ventricular y epiglottis del lado izquierdo con oclusion de la glotisque reclama la tracheotomia, Curación per las inyecciones intramusculares.)** *Siglo médico. 2. November 1909.*

Der Titel enthält den Inhalt.

TAPIA.

110) **H. Quincke. Ueber Laryngoptose und verwandte Ptosen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. S. 2177. 1908.*

Die Senkung von Unterkiefer, Zunge und Kehlkopf (Trachelenteroptose) führt bei geringeren Graden nur zu leichteren, aber durchaus nicht zu vernachlässigenden Störungen (Schnarchen, Mundathmung mit ihren Folgen, Circulationsstörungen, Herzdilatation), bei stärkeren Graden, besonders wenn noch andere ungünstige Umstände hinzukommen, zu sehr ernsten und bedenklichen Schädigungen, wie zwei höchst interessante Beobachtungen des Verf.'s zeigen (habituelle normale Alterssenkung des Kehlkopfes, senile Starre desselben, Alterskyphose der Hals- und Brustwirbelsäule, Erschlaffung der Schling- und Zungenmusculatur durch allgemeine Erschöpfung und durch nachbarliche Localprocesse; Folgen: bedeutende Inanition durch Behinderung der Nahrungszufuhr). — Messungen über den Einfluss der Körperhaltung auf die Lage des Kehlkopfes. Bemerkungen über das Schnarchen, seine Ursachen, Bedeutung und Behandlung. ZARNIKO.

111) **A. Natzler. Ueber Aktinomykose des Kehlkopfs.** *Dissert. Leipzig 1908.*

N. trägt vorerst 15 Fälle von Kehlkopfaktinomykose aus der Literatur zusammen und theilt dann seine eigene Beobachtung mit: Ein 54jähr. kräftiger Mann, der früher schon öfters Halsbeschwerden hatte, erkrankte unter den Erscheinungen einer schweren Larynxstenose. Die Diagnose wurde auf Larynxerysipel gestellt. Nach erfolgter Tracheotomie schloss sich die Wunde nur langsam; es blieb eine secernirende Fistel, in deren Eiter sich Aktinomyceskörner nachweisen liessen. Später stellte sich eine immer grösser werdende Schwellung auch aussen auf der linken Halsseite ein. Da Patient sich nicht zur Operation entschliessen konnte, so wurde Jodkali (bis jetzt 900 g) gegeben, ohne Erfolg.

Da von der Gegend der linken Tonsille nach dem Kehlkopf hin ein dicker Strang nachweisbar war, so nahm Verf. an, dass die Infection im Pharynx stattgefunden und von hier durch diesen Strang auf den Larynx übergegangen sei. Patient hat niemals Gräser oder dergleichen in den Mund genommen. Er war aber oft durch seinen Beruf gezwungen, schmutzige Papiere zu durchblättern, die von Metzgern aus dem Schlachthause stammten. Die Papiere, die möglicherweise den Aktinomycespilz enthielten, feuchtete Patient jeweilen mit den Lippen an.

OPPIKOFER.

112) **Constantin. Behandlung einiger Kehlkopferkrankungen mittelst Sismotherapie. (Traitement de certaines affections du larynx par la sismothérapie.)** *Archives internat. de laryngologie. Tome XXVIII. No. 5.*

Zur Behandlung sowohl acuter als auch chronischer Entzündungen des Kehlkopfes empfiehlt der Autor die Massage mit einem elektrisch betriebenen Concussor. Er will in den allermeisten Fällen gute Erfolge erzielt haben, allerdings bei Fällen von Ueberanstrengung des Kehlkopfes. Weniger erfolgreich bewährt sich die Methode bei echten Lähmungen. Der Autor spricht von drei Lähmungen, von denen eine, wie er sagt, bulbärer Natur war, zwei andere sogar „corticaler Natur“ waren. Schade, dass die genauen Krankengeschichten nicht mit veröffentlicht sind.

LAUTMANN.

113) **Gaillard** (Paris). **Syphilis der Trachea und Bronchien. (Syphilis trachéo-bronchique.)** *Société médicale des hôpitaux de Paris. 4. December 1908.*

Es handelt sich um eine syphilitische Frau, welche abmagerte, hustete, blutigen Schleim expectorirte. Die Stimme war schwach, ohne heiser zu sein. Untersuchung des Larynx war negativ. Bei der Auscultation hörte man erhebliche Abschwächung des Athemgeräusches über einer Spitze. Sehr bald erfolgte ein Erstickungsanfall. Verf. hielt die Tracheotomie für unnütz, da das Athmungshinderniss zu tief lag; unter Hg-Injection erfolgte Heilung. Es handelt sich wahrscheinlich um eine diffuse Infiltration.

GONTIER DE LA ROCHE.

114) **Reich** (Tübingen). **Ueber die Amyloidtumoren der Trachea.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 69. 1909.*

Der aus der Bruns'schen Klinik stammende Fall (49jähr. Mann) ist der erste, bei welchem ein Amyloidtumor der Trachea durch Operation radical entfernt wurde und dies mit gutem operativen Erfolg. Der Tumor liess sich nach der Cricotracheotomie unter Erhaltung des grössten Theiles der bedeckenden Schleimhaut und ohne Perforation der hinteren Trachealwand ziemlich leicht stumpf ausschälen. Kleine Reste wurden mit dem scharfen Löffel entfernt. 4 Monate nach der Operation war der Patient noch recidivfrei.

SEIFERT.

115) **E. Krieg** (Tübingen). **Ueber die primären Tumoren der Trachea.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 58. 1908.*

Die von v. Bruns stammende Statistik aus dem Jahre 1898 (Heymann's Handbuch) wurde von Krieg bis 1907 fortgeführt und um 53 Fälle erweitert, so dass bis jetzt 201 Fälle von primären Tracheatumoren bekannt sind. Unter diese Zahl sind 2 neuere Fälle mitgerechnet, die von Krieg mitgetheilt werden; der eine stammt aus der Klinik von v. Bruns und betrifft eine 37jährige Frau, bei welcher ein kirschengrosses Fibrom der vorderen Trachealwand mit Hilfe der Tracheotomia inferior entfernt werden konnte. Ein zweiter Fall von primärem Trachealtumor entstammt der Praxis von Krieg sen., es handelte sich um einen 67jährigen Mann mit multiplen Papillomen der Trachea, die auf dem natürlichen Wege mittels des Kehlkopfspiegels operirt werden.

SEIFERT.

116) **Nowakowsky** (Posen). **Beitrag zur Tracheoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 90. 1909.*

Ein grosser Defect der Trachea wurde durch einen doppelten Lappen geschlossen, der Hautlappen aus der dem Defect benachbarten Halshaut, der Hautperiostknochenlappen aus der Clavicula auf den ersteren aufgelegt. Vollkommener Erfolg.

SEIFERT.

117) **Anders** (Liestal). **Zwei Fälle von Tracheoruptur.** *Dissert. Basel 1909.*

Beide Fälle wurden nach Tracheotomie und Vereinigung der durchschnittenen Enden mittelst Seidennaht genäht und vollkommen arbeitsfähig.

Verf. räth an, ohne Bedenken so bald als möglich die Tracheotomie zu machen; daraufhin bei starkem Emphysem und mässiger Dyspnoe zuzuwarten, bis das Emphysem und sonstige Schwellung die Coaptation zulässt. Eventuell Nachbehandlungen mit Schrötter'schen Röhren, Tracheoplastik usw.

JONQUIÈRE.

118) **S. Schönberg** (Basel). **Ein Fall von subcutaner querer Durchtrennung der Trachea und Abreissung des Herzens.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 2057. 1908.*

Sectionsprotokoll und Epikrise eines zwischen zwei Eisenbahnpuffern zu Tode gequetschten Mannes.

ZARNIKO.

119) **Duncan Forbes** und **Richard Courtauld. Bericht über Tracheotomiefälle, bei denen es lange Zeit hindurch unmöglich war, die Tube zu entfernen. (A note on tracheotomy cases in the course of which there were long periods of inability to dispense with the tube.)** *Lancet. Vol. II. 1525. 1909.*

Bericht über zwei Fälle, in denen die Canüle lange Zeit nach der Operation getragen werden musste.

WATSON WILLIAMS.

f. Schilddrüse.

120) **S. S. Preobraschensky** (Moskau). **Die Behandlung des Kropfes mit Arsonval'schen Strömen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Verf. giebt die Krankengeschichte zweier kleiner Strumen, die in ihrer Grösse durch Behandlung mit Arsonval'schen Strömen gut beeinflusst wurden. Die Ströme wurden alle 2 Tage, 3—6 Minuten lang, applicirt. Nach 7—12maliger Behandlung war die Geschwulst fast völlig verschwunden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

121) **C. Schaube. Die Beziehungen der Thymusdrüse zum Morbus Basedowii.** *Dissert. München 1908.*

Im Verlaufe weniger Monate wurde im pathologischen Institut München (Prof. Bollinger) 4mal Thymuspersistenz bei Morbus Basedow beobachtet. Sch., gestützt auf diese Sectionsbefunde und auf ähnliche in der Literatur niedergelegte Beobachtungen, nimmt an, dass wichtige Beziehungen zwischen Morbus Basedow und der Thymuspersistenz bestehen. Ueber die Art dieser Beziehung fehlt aber noch jede Aufklärung.

Sch. weist auch auf die besonders hohe Mortalitätsziffer hin bei Strumectomie von Basedowkranken mit Thymuspersistenz.

OPPIKOFER.

122) **Pulaski. Klinische Beiträge zur Grave-Basedow'schen Krankheit. (Spostrzezenia kliniczne nad choroba Gravesa.)** *Gazeta Lekarska. No. 49. 1909.*

Der Verf. bespricht auf Grund eines sehr umfangreichen eigenen Materials und allgemeiner Literatur die wichtigen Streitfragen in der Klinik der Basedow'schen Krankheit, besonders die chirurgische Behandlung nach der Kocher'schen Methode, die er warm befürwortet, denn sie giebt im Verhältniss zu allen anderen Methoden die relativ besten Resultate.

A. v. SOKOLOWSKI.

123) **Ch. Viamay. Exstirpation des rechten Schilddrüsenlappens wegen Morbus Basedow. Erhebliche functionelle Besserung. (Thyroidectomie du lobe droit pour goitre exophthalmique vrai. Guérison opératoire. Grande amélioration fonctionelle.)** *Loire médicale. October 1909.*

Am ersten Tage nach der Operation war der Puls 160, arhythmisch; die Tem-

peratur betrug 40°; dies dauerte 4 Tage lang; am 5. Tage trat ein kritischer Zustand ein, charakterisirt besonders durch eine profuse Diarrhoe. Dann erfolgte sehr schnell Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

124) **G. Leriche** (Lyon). **Halbseitige Thyreoidectomie wegen Morbus Basedow. (Hémithyroidectomie pour goitre exophthalmique.)** *Société des sciences médicales Lyon. 10. November 1909.*

Es handelte sich um eine 40 jährige Frau, bei der sich nach einer Influenza alle Symptome eines Morbus Basedow entwickelten. Es wurde der rechte Schilddrüsenlappen entfernt; nach 3 Monaten ist eine erhebliche Besserung zu constatiren.

GONTIER de la ROCHE.

125) **Losseff** (Lausanne). **Beitrag zum Studium der chirurgischen und medicinischen Behandlung des Basedow'schen Kropfes. (Contribution à l'étude du traitement chirurgical et médical du goître exophthalmique.)** *Dissertation. Lausanne 1909.*

Von 22 Fällen aus der chirurgischen Klinik wurden 20 operirt, theils durch Exstirpation der Schilddrüse, theils durch Enucleation, theils durch successive Unterbindungen der Arterien. Vier derselben starben gleich nach der Operation, nachdem man ihnen 2—3 Ligaturen gemacht hatte. Drei dieser letzteren waren schon vor den Eingriffen entkräftet. Bei dreien der vier Gestorbenen hatte man merkwürdiger Weise Jodoformverbände gemacht, die Ref. bei der Basedow'schen Hyperthyreoidisation contraindicirt erscheinen würden. Zu diesen dreien gehört der vierte mit letalem Ausgang, welcher nicht heruntergekommen war, so dass der Jodoformverband zum Theil das üble Resultat verschuldet haben konnte.

Von den übrigen 18 Fällen starben drei 1—3 Jahre später ohne directe Folgen des Basedow. Die überlebenden 15 Fälle ergaben 7 gänzliche Heilungen und 8 mehr oder weniger ausgesprochene Besserungen. Die medicinische Behandlung bestand in reichlicher Milchcur mit antithyreoidisirter Ziegenmilch, die Autorin in diesen Fällen als grossen Hülfsfactor betrachtet.

Im Eingang bespricht Verfasserin sämmtliche Causalhypothesen des Basedow. Sie nimmt als die wahrscheinlichste Hyperthyreoidismus an. Moussu dagegen beschuldigt als Ursache eine mangelhafte Function der Glandulae parathyreoideae.

JONQUIÈRE.

126) **G. Baetz. Ueber die Erfolge der operativen Therapie bei Morbus Basedowii.** *Dissert. München 1908.*

B. berichtet von 6 Basedowkranken, von denen 5 geheilt wurden. 1 Patient starb infolge der Operation an rasch zunehmender Herzinsufficienz.

OPPIKOFER.

g. Oesophagus.

127) **A. Graf. Ueber die Behandlung traumatischer Oesophagusstenosen.** *Diss. München 1907.*

Der Titel giebt den Inhalt an; die fleissige Arbeit enthält Bekanntes.

OPPIKOFER.

128) **Botey** (Barcelona). **Ein Fall von Verengerung der Speiseröhre, geheilt mit ösophagoskopischer Dilatation. (Un caso de estrechez del esofago, curado con la dilatación esofagoscopica.)** *Revista de Medicina y Cirurgia practicas. No. 1087. 1909.*

Die Verengerung sass 15 cm hinter den Scheidezähnen und war durch Verschlucken von Aetzflüssigkeit entstanden. Es handelte sich um ein $2^1/_4$jähriges Kind. Es wurde einen Monat hindurch katheterisirt, nachdem ösophagoskopirt worden war. Das Kind kann jetzt alles schlucken. TAPIA.

129) **D. Tanturri. Ueber zwei mittels Oesophagoskopie diagnosticirte und geheilte Fälle von Spasmus des Oesophagus. (Su due casi di spasmo esofagee diagnosticati e guariti con la esofagoscopia.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Bericht über zwei Fälle, die den Werth der Oesophagoskopie zur Unterscheidung von malignen Tumoren gegenüber den Spasmen zeigen; beide Fälle wurden durch die Anwendung der Oesophagoskopie geheilt. FINDER.

130) **R. Bachmann. Ueber Behandlungen der narbigen Oesophagusstricturen.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Strictur der Speiseröhre 17 cm hinter der Zahnreihe bei einem 11jährigen Knaben nach Trinken von Seifenlauge. Erweiterung der Strictur vom Magen aus. Um ein Umbiegen der feinen Bougie zu verhindern, wurde eine dicke, hohle Bougie, durch die ein dünner Ureterenkatheter eingeführt war, bis an die Strictur vorgeschoben. Die dickere Bougie gab somit dem feineren Ureterenkatheter eine Stütze. Im Verlauf der Behandlung entwickelte sich ein Larynxödem, nach der Ansicht des Verf.'s entstanden infolge eines Druckgeschwürs durch die Dauersonde. Tracheotomie. Vollständige Heilung. OPPIKOFER.

131) **Godart-Danhieux. Stenose der Cardia und Oesophagusdivertikel. (Sténose du cardia et diverticulum de l'oesophage.)** *La Policlinique. No. 13. 1909.*

Mittheilung von zwei Fällen von Stenose der Cardia und des Pylorus, wovon der erste, dessen nervöser Ursprung keinem Zweifel unterliegt, operativ behandelt worden war. BAYER.

132) **May** (München). **Ein Fall von diffuser Oesophaguserweiterung.** *Mit 3 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 41. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes eines einschlägigen Falles neben epikritischen Erörterungen. Es handelte sich um eine hochgradig diffuse Erweiterung der Speiseröhre, wahrscheinlich um einen primär angeborenen Vormagen. Die Diagnose wurde durch die Röntgenaufnahme (Abbildung) gesichert, die Beschwerden durch dauernde Spülungen gebessert. Patient starb an einer plötzlich aufflammenden Drüsentuberculose. HECHT.

133) **Rydygier. Einiges über die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus. (Kilka slow o wydobywaniu cias obcych z przelyku.)** *Gazeta Lekarska. No. 51. 1909.*

Verf. behauptet auf Grund eigener klinischer Erfahrung, dass die Entfernung von Fremdkörpern nicht immer mittelst des Oesophagoskops durchführbar ist und dass in vielen Fällen die Fremdkörper mit Hülfe des Gräfe'schen Korbes entfernbar sind und dass diese Methode sehr leicht ausführbar ist. Bei stark eingeklemmten Körpern muss doch die Oesophagotomie angewandt werden. Bei allen Fällen muss, wenn möglich, eine Röntgendurchleuchtung vorgenommen werden.

A. v. SOKOLOWSKI.

134) **Rydygier. Ueber die Oesophagoplastik. (O plastyce przelyku.)** *Gazeta Lekarska. No. 49. 1909.*

Der Verf. beschreibt einen sehr interessanten Fall von Pharynxstenose im unteren Drittel, die bei einer 25jährigen Frau infolge einer Kalilaugenverbrennung entstanden ist und bei der eine Oesophagoplastik nach Roux ausgeführt wurde. Der Erfolg war günstig, denn die Frau konnte im Laufe von 14 Tagen vollständig gut schlucken, doch starb sie infolge einer zufälligen Lungenentzündung. Der Verf. beschreibt genau die diesbezügliche chirurgische Technik, wobei er diesen Fall mit entsprechenden sehr instructiven Zeichnungen illustrirt. Der Verf ist der Ansicht, dass die zwar schwierige aber sehr geistreich erdachte Operation öfter bei entsprechenden Fällen angewandt werden könnte.

A. v. SOKOLOWSKI.

135) **Willy Meyer. Intrathoracische Resection der Speiseröhre mit Oesophagogastrostomie. (Intrathoracic resection of Esophagus, with Esophagogastrostomy.)** *N. Y. Medical Record. 18. December 1909.*

Mittelst der heute gebräuchlichen Apparate kann der Oesophagus in seinem Brusttheil ohne Gefahr von dem Chirurgen in Angriff genommen werden. Für die Operation des Speiseröhrenkrebses kommen drei Methoden in Betracht: 1. Entfernung der Geschwulst, Verschluss der beiden Enden und Anlegung einer Magenfistel. Der Patient muss mittelst einer Magensonde ernährt werden, bis durch eine zweite Operation eine directe Communication zwischen dem proximalen Ende des Oesophagus und dem Darmcanal hergestellt wird. 2. Eröffnung des Thorax, Heraufziehen des Magens in die Brusthöhle und Vornahme einer Oesophagogastrotomie. Dies ist die ideale Methode, da sie dem Patienten gestattet, zu essen und zu trinken. 3. Oesophagojejunostomie. Diese Methode kommt in Anwendung in Fällen, wo die Geschwulst so hoch liegt, dass der Magen für eine directe Anastomose nicht hoch genug gezogen werden kann.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Carl Zarniko. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik.** Dritte, neu bearbeitete Auflage. Berlin 1910. S. Karger.

Die eben erschienene 3. Auflage des Zarniko'schen Lehrbuches enthält neben dem neuen Autorenregister zwei neue Capitel, das eine (Cap. 14) über den

Zweck und Bedeutung der Rachenmandel, in dem Zarniko die beiden einander gegenüberstehenden Theorien, die Abwehrtheorie von Brieger und Goerke, und die Infectionstheorie, hauptsächlich vertreten von Lexer, erörtert. Eine Entscheidung in diesem Widerstreit der Meinungen lässt sich vorläufig noch nicht treffen. Im 52. Capitel werden die Fremdkörper und Concremente in der Nase besprochen. Ausserdem sind an vielen Stellen kleine oder grössere Zusätze hinzugekommen, die den Fortschritten auf den verschiedensten Gebieten Rechnung tragen. So wird diesmal eine eingehende Besprechung der Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Rhinologie gewidmet, mit der ich mich aber nicht ganz einverstanden erklären kann. Ich gebe all' die Fehlerquellen, die Zarniko aufzählt, bereitwilligst zu, und trotzdem sehe ich in dieser Methode ein vortreffliches Hilfsmittel, das uns in vielen unklaren Fällen überraschend schnell zur Klarheit verhilft. Dahingegen stimme ich mit Zarniko ganz und gar überein in den Bemerkungen, die er über die Indicationen zu grossen Operationen bei Nebenhöhlenerkrankungen seinem früheren Text hinzugefügt hat: die sogenannten Radicaloperationen bei Stirn- und Kieferhöhle soll man nur vornehmen, wenn dringende Complicationen vorliegen oder wenn durch eine vorherige Behandlung per vias naturales ein erträglicher Zustand nicht herbeigeführt werden konnte — also äusserste Zurückhaltung. Denn einmal garantirt auch die Radicaloperation durchaus nicht eine Radicalheilung und dann darf man gewisse Uebelstände, die unter Umständen der Operation folgen können, bei seinen Entschliessungen nicht ausser Acht lassen.

Was ich von dem Zarniko'schen Lehrbuch halte, habe ich schon gelegentlich der Besprechung seiner 1. und 2. Auflage zum Ausdruck gebracht — ich halte es für eins der allerbesten, die je geschrieben worden sind, jedem deutschen und nichtdeutschen Lehrbuch für Rhinologie kann es sich getrost zur Seite stellen. Mit Genugthuung constatire ich, dass seine Werthschätzung immer grösser geworden sein muss, denn während die 2. Auflage 11 Jahre nach der ersten erschien, ist jetzt schon nach kaum 5 Jahren eine neue Bearbeitung nothwendig geworden. Das ist aber ganz gewiss ein gutes Zeichen für unsere Disciplin; ich weiss wohl, dass Leitfaden, im Stil eines Taschenkalenders geschrieben, besonders guten Absatz finden, wenn aber ein so viel gründlicheres, streng wissenschaftlich gehaltenes Werk, das vom Leser etwas verlangt, so viele Leser wirbt und damit neue Interessenten, dann hat die ganze Zunft dem Autor dafür dankbar zu sein.

A. Kuttner (Berlin).

b) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

I. Sitzung vom 30. Januar 1908.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

E. v. Navratil: Vortrag über operative Behandlung von Kehlkopfstenosen. Vorstellung eines operirten und geheilten Falles.

30 jähriger Arbeiter schnitt sich in selbstmörderischer Absicht die Kehle durch. Grosser Blutverlust, Ohnmacht, längere Bewusstlosigkeit. Nach Trans-

fusion physiologischer Kochsalzlösung Wiederkehr des Bewusstseins. Tiefe Tracheotomie. Naht der klaffenden Wunde. Patient reisst sich den Verband herab und löst die zugenähte Wunde auf. Ausfluss von Speichel, Getränken und flüssigen Speisen aus der Wunde. Profuse Eiterung und Nekrose der Weichtheile, theilweise der Schildknorpel. Nach mühsamer Desinfection Anfrischung der Wundränder und Bildung einer vorderen Kehlkopfwand; zur Deckung des Fünfkronenstück grossen Defectes wurden von beiden Seiten des Halses Hautlappen genommen, deren Höhe den Verticaldurchmesser des Substanzverlustes unten und oben je um 1 cm überschritt, die Länge eines Lappens war 4,5 cm gross. Zwischen dem Substanzverluste und dem medialen Rande eines jeden Lappens blieb ein $1 \frac{1}{2}$ cm langer Stiel zur Ernährung. Beide Lappen wurden umgestülpt und in der Mitte sowohl wie an den Rändern vernäht. Vollkommene Heilung, der Operirte athmet nach Entfernung der Canüle durch den Mund, Stimme mittelst der übriggebliebenen falschen Stimmbänder deutlich wahrnehmbar.

II. Sitzung vom 10. März 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Baumgarten: Fall von primärem Kehlkopflupus.

Am freien Rande der Epiglottis weisse lineare Narben, an der laryngealen Fläche hirsekorngrosse Knötchen, eben so an den falschen Stimmbändern. Tuberculose nicht nachweisbar. Lues ausgeschlossen. Tuberculininjection verursacht im Kehlkopfe starke Reaction; B. hält den Lupus für Schleimhauttuberculose.

2. E. Baumgarten: Fall von primärem Nasenlupus.

18 jähriges Mädchen. Vor einigen Janren wurde ein bohnengrosses aus Knötchen bestehendes Granulom am rechten, und kleinere Knötchen am linken Septum mittelst Chromsäure zerstört. Narbenbildung. Jetzt sowohl in der Narbe als in der Umgebung mehrere Knötchen und Perforation des Septums.

3. A. v. Irsay stellt einen Kranken mit einem Polypen der Tonsille vor.

4. A. Lipscher: Fall von Kehlkopfstenose in Folge von Sklerom.

14 jähriger Bursche. Wurde vor 4 Jahren wegen Athemnot in Folge Skleroms der Kehle tracheotomirt. Nach Intubation bedeutende Besserung. Patient, zufrieden mit der Besserung, verliess mit der Canüle das Spital. Jetzt stellt sich der Kranke mit folgendem Status vor: Nase mit graugelben Granulationen und Krusten gefüllt, Gaumen und Uvula in die Höhe, Epiglottis stark infiltrirt nach hinten gezogen, den Larynx bedeckend. Intubation nicht ausführbar. Es wird beabsichtigt, mittelst Laryngofission das Sklerom zu entfernen.

Discussion:

v. Irsai: Es könnte mit Fibrolysin ein Versuch gemacht und nach Erweichung des Gebildes die Auskratzung endolaryngeal gemacht werden. Wegen gemachter Tracheotomie wäre ein Oedem nicht gefährlich.

A. Lipscher: Hält ein Curettement wegen Anwachsung und Rücklagerung der Epiglottis nicht ausführbar.

5. A. Lipscher: Zwei Fälle von Polypen des Cavum naso-pharyngeale.

30jähriger Arbeiter. Rechte Nase von Polypen ausgefüllt, Septum links verdrängt, rechter Nasenrücken erhöht. Entfernung des taubeneigrossen Polypen mittelst kalter Schlinge. — 38jähriger Tagelöhner. Rachen von grauschimmernder, bis zur Epiglottis reichender Geschwulst ausgefüllt. Fieber, Infiltration der Lunge rechts. Blutiger Auswurf, blutige Stühle. Tod kurz nach der Aufnahme. Section: Croupöse Pneumonie, Rectumcarcinom, Schleimpolyp des Nasenrachenraumes, aus dem Oberkiefer entspringend.

6. D. v. Navratil: Rhinolith.

N. entfernte einen Nasenstein in der Grösse von 3,2 × 2,3 cm und 6,75 g Gewicht mittelst der Krokodilzange. Präparat wird demonstrirt. Vortr. hebt hervor, dass die endonasale Entfernung der Rhinolithen in Folge ihrer Consistenz stets ausführbar sei.

7. M. Steiner: Vortrag über Ozaena.

Vortragender unterscheidet: 1. die Fränkel'sche Form, wahrscheinlich auf congenitaler Grundlage; 2. die rein mechanisch, durch Druck und Erweiterung verursachte; 3. die Grünwald'sche Form, in Folge von Nebenhöhlenempyem, evtl. andereu chronischen suppurativen Processen; 4. letzteren reiht sich an die Ozaena als Endresultat luetischer Knochenerkrankungen.

D. v. Navratil: Die Ozaena erstreckt sich immer in den Pharynx, Larynx und auch in die Nebenhöhlen, nur ist der Eiter heller, flüssiger. Einen besonderen Gesichtstypus fand er nicht.

Baumgarten: Die nach Tumoren im Vacuum entstehende Ozaena verschwindet sofort oder nach Monaten.

Steiner: Hat nach Tumorenoperation das Aufhören der Ozaena selbst nach 4—5 Monaten nicht beobachten können. Den Gesichtstypus hält er aufrecht.

III. Sitzung vom 2. Juni 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. Z. v. Lènàrt: Fall eines chronischen Larynxödems. Histologischer Befund: ödematöses Gewebe.

Discussion:

Donogany: Hält den Fall für Myxödem, empfiehlt Thyreoidintabletten.

Polyàk: Hält den Fall für Larynxhyperplasie.

2. D. v. Navratil: Angioma laryngis.

31jährige Frau. Nussgrosser, das linke Stimmband überragender livider Tumor, von weicher Consistenz. Verkleinerung des Tumors nach Tonogenbepinselung. Verf. beabsichtigt bei zunehmender Atemnoth die Entfernung des Tumors mittelst Laryngofissur.

Discussion:

v. Lènàrt: Der Fall scheint eine Hypertrophie zu sein, er möchte endolaryngeal vorgehen.

Donogàny: Wünscht eine histologische Untersuchung.

D. v. Navratil: Beobachtet den Fall schon $^3/_4$ Jahre, und konnte ein stetes Wachthum constatiren. Von einem endolaryngealen Vorgehen oder selbst einer Probeexcision will er umsomehr absehen, weil er in einem ähnlichen Falle von einem endolaryngealen Eingriffe heftige Blutung sah, welche wegen Erstickung plötzliche Tracheotomie nöthig machte.

3. A. Lipscher: 2 Fälle von Geschwulst der Highmorshöhle.

1. 20 jähriger Bursche. Der rechte untere Nasengang mit der Sonde schwer passirbar, im mittleren glatte, consistente, bis in die rechte Choane ragende, weiche, bewegliche Geschwulst. Probepunction der Oberkieferhöhle ergab blutig-seröse Flüssigkeit. Im Falle die Probeexcision die Gutartigkeit der Geschwulst feststellt, wird deren Entfernung vorgenommen werden.

2. 25 jähriger Landmann. Rechte Nase durch eine unebene, leicht blutende Geschwulst ausgefüllt, Bulbus nach vorne gedrängt, Retina trübe, Cornea normal, Papille verschwommen, Gefässe geschlängelt, Kopfschmerz, Schwindel. Röntgenbild zeigt rechte Seite verdunkelt. Mikroskopische Untersuchung ergab verhornten Plattenepithelkrebs.

Discussion: D. v. Navratil hält den ersten für einen gutartigen Tumor und operabel, den zweiten für bösartig in die Schädelhöhle dringend, für inoperabel.

IV. Sitzung vom 1. December 1908.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Baumgarten: Zungengeschwulst.

Vor 6 Jahren hatte Patientin eine nussgrosse, oberflächlich ulcerirende Geschwulst an der Zunge. Nach Jodkali rasche Heilung. Nach 6 Monaten ähnliche Geschwulst, auf Jodkali geringe, in letzter Zeit keine Besserung. Tuberculose ausgeschlossen. Vortr. hält die Geschwulst ursprünglich für eine luetische, gegenwärtig für eine in der narbigen Umgebung gebildete Infiltration und durch interstitielle Bindegewebsbildung organisirte chronische Verdickung.

2. E. Baumgarten: Substanzverlust vor der Trachea.

2 cm breiter, 2 cm langer vernarbter Substanzverlust oberhalb des Manubrium, nach Vereiterung von Lymphdrüsen; Trachealringe durchscheinend.

3. E. Baumgarten: Gaumenlähmung.

Totale Lähmung des weichen Gaumens; angeblich angeboren. Nach Verf. dürfte die Gaumenlähmung nach der Geburt in Folge einer Tonsillitis aufgetreten sein.

4. A. Onodi: Angioma uvulae.

5. D. v. Navratil: Abscess der Zungenwurzel.

38 jähriger Landmann. Es kam demselben unverhofft eine Weizenähre in den Rachen, bald nachher schweres Schlucken, später erschwertes Athmen. Zungenwurzel stark infiltrirt. Regio submentalis hervorgewölbt, schmerzhaft.

Fieber. N. schnitt nach localer Anästhesie in der Raphe mylohyoidea 3 cm tief ein. Haselnussgrosser Abscess. Besserung, doch abermalige Verschlimmerung, Temp. 39,5°. Tags darauf Eröffnung eines tieferen, grösseren Abscesses. Entleerung vielen übelriechenden Eiters. Nach 10 Tagen Heilung.

Discussion: Láng: Vor 3 Wochen sah ich einen nach Periostitis mand. necrot. entstandenen Zungenwurzelabscess, der bis zum Sternum reichte. Trotz breiter Eröffnung und Entleerung von 1/2 Liter übelriechenden Eiters starb Patient nach 3 Wochen an Sepsis.

Morelli beobachtete 2 ähnliche Fälle durch Obturation des Speicheldrüsenausganges mittelst Steine entstanden. Nach Entfernung derselben Heilung.

6. Onodi: Demonstration von Nasennebenhöhlen-Präparaten.

E. v. Navratil.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Juni 1909.

B. Fränkel zeigt einen Fall von Carcinom des Gaumensegels. An demselben oberflächliches Ulcus, über der Uvula unebene Infiltration, hintere Gaumenbögen geschwollen; keine Tuberkelbacillen, negative serologische Untersuchung, Jodkali erfolglos. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom.

Königsberger demonstrirt eine Patientin mit primärem Cancroid des Nasenrachens. Vom freien Rande des Velums bis zum Nasenrachen ein auf der hinteren Wand aufsitzender grauer, blumenkohlartiger, zerfallener Tumor, der vielleicht von der Rachentonsille ausgegangen ist.

Senator fragt, ob Katarrhe oder Operationen im Rachen vorausgegangen sind.

Fränkel hält die Frage des Uebergangs gutartiger in bösartige Geschwülste nach Operationen für erledigt.

Schötz hat ähnliche Fälle primären Carcinoms im Nasenrachen gesehen.

Alexander stellt einen Patienten mit einer Anomalie des Naseninnern vor.

Finder zeigt 1. einen Fall von Argyrose der Nasenschleimhaut, entstanden durch langjährige Einführung von Protargoltampons in die Kieferhöhle, und 2. zwei Fälle von Rhinosklerom; der erstere zeigt leicht blutende Knötchen in der atrophischen Nase, concentrische Einengung der Choanen, hyperplastische derbe Wülste im Larynx, der zweite Atrophie der Nase, im Larynx beiderseits coulissenartig vorspringende membranartige Falten.

Discussion über den Scheier'schen Vortrag: Zur Physiologie der Stimme und Sprache.

Barth hält diese Röntgenbilder, bei 1—2 Secunden Belichtung hergestellt, für sehr werthvoll, wenn sie auch nichts Neues ergeben.

Gutzmann: Der Kehlraum ist immer dort sehr ausgeprägt, wo in dem Ansatzrohr nach abwärts von jenem eine starke Enge vorhanden ist. Charakteristisch ist der rechtwinklige Knick des Gaumensegels, wie er ihn immer beschrieben.

Die Skiagraphie ist aber nur eine von vielen Untersuchungsmethoden für die Sprachphysiologie.

Katzenstein: Diese Methode bietet eine gewisse Gewähr für die richtige Fixirung des Sprechactes.

Scheier giebt einige technische Anweisungen. Das Herabsteigen des Kehlkopfes bei hohen Tönen findet nicht bei allen Sängern statt. Bei der Kopfstimme ist der Zwischenraum zwischen Schild- und Ringknorpel kleiner als bei der Bruststimme.

Barth macht auf gewisse Schwierigkeiten und Gefahren der Röntgenmethode aufmerksam.

B. Fränkel fragt, ob die Röntgenuntersuchung ein objectives Zeichen abgeben könne für den Werth der Methode des Gesanges.

Gutzmann: Es giebt viele individuelle Verschiedenheiten des Kunstgesanges; ein allgemein gültiges Gesetz giebt es nicht.

Katzenstein: Durch exacte Klanganalyse kommen wir einem Urtheil über die Gesangsmethode näher.

Sitzung vom 22. October 1909.

Gräffner zeigt drei Fälle von Syringomyelie, von denen der eine mit Syringobulbie vergesellschaftet ist. Bei diesem Patienten fand sich eine linksseitige Recurrenslähmung, kein Reflex auf der linken Kehlkopfseite, rechts ist er herabgesetzt; im Rachen Areflexie. Thermische und tactile Sensibilität im Larynx normal, ebenso Geschmacksfunction. Der linke Santorinische Knorpel zeigt lebhafte Einwärtsbewegungen. In den beiden anderen Fällen bestehen Störungen der Interni.

Bruck demonstrirt einen 9jährigen Knaben mit secundärer Syphilis der Mundhöhle. Ihre ganze Schleimhaut ist mit Papeln bekleidet; der Modus der Infection ist nicht sicher nachweisbar.

Finder zeigt ein 10jähriges Mädchen mit Tuberculose der Nasenhöhle. Verbreiterung des Nasenrückens, Lymphdrüsen am Kieferwinkel, Septum aufgetrieben, zeigt tumorartige, schwammige, leicht blutende Granulationen, deren mikroskopische Untersuchung Tuberculose ergiebt. Tuberculinreaction positiv. Nach Entfernung einiger Knochensequester Perforation des Vomer.

Schwarz: Fall von Vincent'scher Angina, der im Anfang den Eindruck eines Primäraffectes machte.

Scheier: Es bestand Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel und der örtliche Befund erweckte, trotz der ja nichts beweisenden Spirillen, den Verdacht auf Primäraffect; in solchen Fällen muss die Wassermann'sche Reaction entscheiden.

A. Meyer: Bei Angina Vincenti ist die etwaige Drüsenschwellung mässig, beim Primäraffect sehr bedeutend.

Bruck hat bei der Angina Vincenti mehrmals excessive Drüsenschwellungen beobachtet.

Halle hat auch bei Primäraffecten öfter minimale Drüsenschwellung gesehen.

Sobernheim: Die Wassermann'sche Reaction fand er bei Primäraffect immer positiv, bei Angina Vincenti immer negativ.

A. Meyer: Ulceration des Rachens, wahrscheinlich lupöser Natur. Rötung und Schwellung des Velums und der hinteren Rachenwand; darin Inseln von oberflächlichen Narben und kleine flache Ulcerationen. Aehnliche Veränderung am freien Rande der Epiglottis.

Alexander. 1. Fall von Erythema exsudativum multiforme der Mundhöhle.

Im Beginn mässige Röthung und Trockenheit der Rachenschleimhaut und erhebliche der Epiglottis und Stimmbänder. Am nächsten Tage tonsilläre, kleine, grauweisse Beläge, die sich auf hintere Gaumenbögen, Uvula und nasale Fläche fortsetzten. Bakteriologisch erwiesen sie sich als im wesentlichen aus Pneumokokken — ohne besondere Virulenz — bestehend. Nach 3 Tagen waren die Beläge geschwunden. Uvula und ein mittlerer Streifen des Velums roth, rechts davon kleiner tiefrother Fleck, höher hinauf diffuse Röthe. Am nächsten Tage Abblassung eines Theiles der gerötheten Parthien, andere Stellen lebhaft roth usw., kurz, es handelte sich um fleckförmiges Erythema exsudativum.

2. Fall von rechtsseitiger Recurrenslähmung in Folge eines Aneurysma art. anonymae. Das Aneurysma ist faustgross und als pulsirender Tumor in der rechten Claviculargegend zu sehen und zu fühlen.

Sitzung vom 19. November 1909.

Gluck stellt 1. einen Patienten mit Totalexstirpation der Zunge vor, dessen Sprachfunction ausgezeichnet ist. Muss die Totalexstirpation nicht über die Epiglottis hinausgehen und das Zungenbein nicht entfernt werden, macht er die Operation vom Munde aus.

2. Patienten mit Totalexstirpation des Pharynx, Larynx und Oesophagus, denen eine künstliche Stimme durch einen automatisch arbeitenden Apparat geliefert wird. Die total Laryngectomirten lernen es oft mit Pharynxstimme zu sprechen oder sie benutzen einen künstlichen Kehlkopf, für den G. Apparate hat construiren lassen, die mit Ausschaltung der Lunge durch künstliche Blasebälge dem Patienten die zum Sprechen nöthige Luft liefern.

E. Meyer zeigt 1. einen Patienten mit total exstirpirtem Larynx und künstlichem Kehlkopf. Das Luftzuleitungsrohr geht vom Mundwinkel zwischen Wange und Zähnen entlang und tritt hinter dem letzten Molaris in die Mundhöhle;

2. einen Nagel, den er einem Kinde durch die Bronchoscopia inferior aus dem linken Bronchus entfernt hat.

Finder berichtet 1. über den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Nasentuberculose, dass die Wassermann'sche Reaction positiv ausgefallen, andererseits im Nasensecret Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden; es handelt sich also wohl um eine Combination von Lues und Tuberculose.

2. Stellt er ein Mädchen vor, das eine granulirte Stelle an der unteren Nasenmuschel, einen Defect der Epiglottis und dicke Wülste im Kehlkopfeingang zeigte, die einen lupösen Eindruck machten, andererseits fanden sich specifische Narben im Rachen. Jodkali besserte den Zustand.

3. Zeigt er ein Kind mit Angina Vincenti; das Ulcus griff auf weichen Gaumen und Gaumenbogen und Uvula über und es entstand nach Ablauf der Erkrankung der einen Seite auf der anderen eine Angina Vincenti.

4. Demonstrirt er einen schwarzgrauen Tumor des Naseneingangs, der die rechte Nasenhälfte aufgetrieben hatte und sich mikroskopisch als Angiocavernom erwies. Radicaloperation.

E. Meyer hat ein Angiocavernom von dem hinteren Ende der mittleren Muschel nach submucöser Septumresection und partieller Conchectomia inferior endonasal entfernt.

Scheier zeigt Präparate von verirrten Zähnen in der Nasenhöhle.

Goldmann demonstrirt 1. das Bruchstück eines künstlichen Gebisses, das er auf ösophagoskopischem Wege aus der Speiseröhre entfernt hat.

2. Zeigt er einen Patienten mit ausgedehnten Ulcerationen des Pharynx und Larynx, die wahrscheinlich syphilitischer Natur sind.

Echtermeyer stellt einen Patienten mit Rachensarkom vor, dass unter Arsenikgebrauch sich erheblich verkleinert hat.

Heymann berichtet über einen solchen Fall, bei dem Metastasen in der Augenhöhle bestanden und wo Arsenik den Patienten 7 Jahre lang am Leben und arbeitfähig erhielt.

Levinstein: Ueber die histologische Bewerthung der Appendix ventriculi Morgagni.

Nach genauer Schilderung der anatomischen Verhältnisse, der variablen Lage und Form der Appendix betont er als constantes Verhalten eine grosse Anzahl acinöser Drüsen, die in sie hineinmünden. Histologisch stellt sie sich als eine Ansammlung von Noduli lymphatici dar, zwischen denen sich eine wechselnde Menge von Bindegewebe vorfindet. Es ist dieses Organ eine Tonsilla laryngis, die die Aufgabe hat, die Stimmlippen dauernd feucht zu erhalten.

Sitzung vom 17. December 1909.

P. Heymann stellt einen Patienten mit linksseitiger Recurrenslähmung vor, bei dem der rechte Aryknorpel den gelähmten linken bei Seite schiebt und wo bei ruhiger Athmung Aryknorpel und Taschenband nystagmusartige Bewegungen machen.

Schötz glaubt, dass die Zuckungen durch den M. transversus hervorgerufen werden, der ja von der rechten Seite her innervirt wird.

Grabower nimmt an, dass es sich um eine Lähmung handelt, die auf dem Wege ist, von der Posticus- zur Recurrenslähmung überzugehen. Die Transversi sind noch thätig und machen — als Vorläufer der Lähmung — zittrige Bewegungen.

Heymann bleibt bei seiner Auffassung, da keine Aryknorpeldrehung stattfindet.

Hänlein: Fall von Cancroid des Siebbeins; der Tumor ist nach aussen durchgebrochen, ulcerirt und hat einen grossen Defect neben der Orbita gemacht.

J. Wolff, der den Patienten früher behandelt hat, glaubt, dass der Tumor wahrscheinlich von der Orbita ausgegangen und in das Siebbein durchgebrochen ist.

Halle zeigt eine Perle, die er aus der Nase entfernt hat, in der sie etwa 35 Jahre gesteckt hat, was weniger auffällt, weil die Patientin eine doppelseitige knöcherne Choanalatresie hatte. H. meint, dass die membranösen Atresien im allgemeinen auf syphilitischer Basis beruhen.

Finder hat mehrere derartige Fälle gesehen, die mit Syphilis nichts zu thun hatten.

B. Fränkel verwendet neuerdings bei der Choanalatresie die Elektrolyse.

Levinstein demonstrirt zur Erläuterung seines Vortrags auf der vorigen Sitzung mikroskopische Präparate der Appendix des Ventriculus Morgagni.

Halle stellt eine Patientin mit einem sehr grossen Nasenrachenpolypen vor, dessen Stiel aus der Kieferhöhle heraustritt. — Alsdann zeigt er einen Patienten, bei dem er mit der Fraise die Keilbeinhöhle freigelegt und die Stirnhöhle endonasal eröffnet hat.

M. Senator zeigt einen Speichelstein, den er aus dem Ductus Whartonianus entfernt hat.

Gräffner: Beobachtungen an Gaumen, Rachen und Kehlkopf bei cerebralen Hemiplegien.

Bei Hemiplegikern findet man häufig augenfällige Bewegungsstörungen am Gaumen, seltener am Kehlkopf. Zu solchen disponirt in höherem Maasse das Ueberstehen mehrfacher Insulte.

Die Bewegungsstörung entspricht meist der gelähmten Seite. — Isolirte Lähmung des contralateralen Stimmbandes hängt, sofern nicht extracerebrale Complicationen vorliegen, nicht mit einer Grosshirn-, sondern mit einer bulbären Affection zusammen.

Stimmbandtremor und -ataxie sind nach Apoplexie seltener als bei Tabes und multipler Sklerose.

Bei der Irregularität resp. Veränderlichkeit der Uvularichtung Hemiplegischer wie auch bei der relativen Häufigkeit dieser Vorkommnisse bei Gesunden ist daraus allein keine Folgerung auf Apoplexie zu ziehen. Jedoch berechtigt hierzu die zeltartige Verziehung des weichen Gaumens.

Die Areflexie oder Hyporeflexie des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes ist ebenfalls als Symptom verwerthbar.

(Die Discussion wird vertagt.) A. Rosenberg.

---

d) Laryngological Section of Royal Academy of Medicine.

Sitzung vom 2. April 1909.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant: Zwei Fälle von retrobulbärer Neuritis, wahrscheinlich infolge von Erkrankung des Keilbeins und der hinteren Siebbeinzellen.

1. 32jähriger Mann; Eiter wurde nicht gefunden. Es wurde ein Theil der erheblich vergrösserten rechten mittleren Muschel entfernt, um an das Keilbein gelangen zu können. Innerhalb von drei Tagen trat Besserung der Augenstörung ein. Diese Besserung nahm constant zu. Es wurde nichts gethan, ausser dass der intranasale Druck beseitigt wurde.

2. Ein ähnlicher Fall bei einem 25jährigen Mann mit zunehmender Erblindung, die langsam eingesetzt hatte und seit 2 Monaten bestand. Vorhergehende Entfernung des hinteren Endes der mittleren Muschel; darauf erfolgte Nachlassen des Druckes und zunehmende Besserung der Augenstörung. Der Zustand der Siebbeinzellen war zweifelhaft.

C. O. Hawthorne hält es für schwierig, zu verstehen, wie eine Erkrankung des Keilbeins oder eine andere nasale Affection einen selectiven Einfluss auf gewisse Fasern des Opticus ausüben kann, so dass das als „retrobulbäre Neuritis" bekannte Symptomenbild entstehen kann. In dem ersten Falle war der Verlauf so wie in vielen Fällen von retrobulbärer Neuritis, in denen kein Verdacht auf eine Nasenerkrankung bestand. Auch sollten andere Erkrankungen, wie z. B. disseminirte Sklerose, nicht vergessen werden.

Tilley hat einige Zeit hindurch alle seine Keilbeinhöhlenfälle ophthalmologisch untersucht. Er hat in keinem derselben Symptome von Neuritis optica gefunden. Er verweist auf die Arbeit Kuhnt's.

Westmacott führt an, dass retrobulbäre Neuritis nach der Drainage der Highmorshöhle auf der entgegengesetzten Seite verschwand.

Dundas Grant: Angioneurotisches Oedem.

28jähriger Mann mit Schwellung an Stirn und Gesicht, welche bei geistiger Anstrengung auftritt.

Dundas Grant: Fall von Rhinitis caseosa.

Eine breiartige Masse von eingetrocknetem Eiter, die von einer rothen, granulirenden Zone umgeben war. Im Antrum kein Eiter. Vollständige und dauernde Heilung nach Ausspritzen.

Sir Felix Semon: Bemerkungen zu dem in der Novembersitzung 1908 vorgestellten Fall von maligner Erkrankung des linken Sinus piriformis.

Der Patient blieb gesund und die Bewegungen des linken Stimmbandes sind wiederhergestellt.

Stuart Low: Schilddrüsengeschwulst der Zungenbasis.

Vorgestellt März 1909. Die Geschwulst wurde entfernt, nachdem die Zunge von der Spitze bis zur Basis gespalten war. Es zeigte sich, dass sie eine Kapsel besass und aus Schilddrüsensubstanz bestand.

Davis: Pharyngo-Keratose von fünfmonatlicher Dauer bei einem 34jährigen Mann. Im Secret reichlich Löffler'sche Bacillen.

Ein Fall von typischer Keratose der Gaumen- und Zungentonsillen und des Nasenrachenraumes. Patient ist von guter allgemeiner Gesundheit, jedoch hatten 40 Kinder in dem von ihm geleiteten Institute an Tonsillitis gelitten. Bei keinem derselben war eine Lähmung eingetreten, doch wurden bei drei daraufhin untersuchten Fällen Löffler'sche Bacillen gefunden. Patient selbst hatte 18 Jahre vorher Diphtherie gehabt und die augenblickliche Erkrankung hatte mit einer Tonsillitis angefangen. Nach seiner Isolation verschwand die Schulepidemie.

Clayton Fox räth Entfernung mittelst Morcellement.

Ball denkt an eine Infection, die von den Kindern ausgeht.

Harman führt einen ähnlichen Fall von Pharyngomykose an, in welchem es sich zeigte, dass die gefundenen Bacillen keine wahren Löffler'schen waren. Heilung wurde durch Anwendung von Röntgenstrahlen erzielt.

Sir Felix Semon betrachtet die Impfung als die erste anzustellende Probe. Wenn wahre Löffler'sche Bacillen nicht gefunden werden, so kann die Keratose mittelst Luftveränderung und Tonicis geheilt werden.

Davis: Fall zur Diagnose.

Es handelt es sich um einen Zungentumor, bei dem die Diagnose zwischen Lymphangiom und einer Cyste des Ductus thyreoglossus schwankt.

Pegler: Primärer tuberculöser Tumor der Nasenscheidewand.

Vorgestellt Januar 1909. Es ist ein Recidiv eingetreten.

Tilley lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein von Lymphdrüsen oberhalb des Masseter bei Nasentumoren, worauf die französischen Autoren hingewiesen haben.

Jobson Horne: Ungewöhnliche Erkrankung des Kehlkopfes und der Mundhöhle.

Es handelt sich um Schleimhautplaques, die seit einem Jahre bestehen. Besserung unter Quecksilber und Jodkali.

Frederic Spicer: Lähmung des rechten Stimmbandes, des rechten Sternocleidomastoideus, des Trapezius, des Gaumensegels und des Pharynx.

Anamnestisch war keine Syphilis nachzuweisen und es erfolgte keine Besserung unter spezifischer Behandlung. Die Affection besteht seit 3 Monaten.

Donelan fand in der Anamnese Influenza.

Clayton Fox glaubt, dass diese Gruppe von Symptomen wahrscheinlich durch syphilitische Meningitis bedingt ist.

Sir Felix Semon hält die Bezeichnung der Affection als Avellis'scher Symptomencomplex für ungerechtfertigt, da sie bereits im Jahre 1870 von Morell Mackenzie und Hughlings Jackson beschrieben wurden.

Carson: Fälle von Lupus.

1. 27jähriger Mann, seit $4^1/_2$ Jahren unter Beobachtung. Besserung unter Tuberculinbehandlung. 2. 20jährige Frau, 7 Monate hindurch mit Tuberculin-Injectionen und ausserdem örtlich mit Milchsäure behandelt. 8. 10jähriges Mädchen, seit 8 Jahren krank, Pharynx, Gaumensegel und Kehlkopf sind afficirt. Guter Erfolg nach Tuberculininjectionen und localer Milchsäurebehandlung.

Barwell möchte die guten Resultate nicht der Tuberculinbehandlung zuschreiben. Viele sehr schwere Fälle heilen unter Curettage, innerlich Arsendarreichung und hygienischen Maassnahmen.

Dundas Grant und Dan Mc. Kenzie: Fixation des linken Stimmbandes mit Schwellung der linken Arygegend.

Fall zur Diagnose. Die directen Untersuchungsmethoden haben keinen malignen Pharynxtumor ergeben.

William Hill: Präparat, herrührend von einer totalen Pharynxexstirpation bei einer Frau mit Kehlkopfkrebs. Der Tumor begann in der Regio interarytaenoidea und breitete sich nach innen und aussen aus.

Hett: Fremdkörper von der hinteren Oesophaguswand in der Höhe des Zwerchfells entfernt.

Ein Messingbügel von einem Geldbeutel, der sich tief in die Oesophaguswand eingebohrt hatte und nur schwer entfernt werden konnte. Waggett.

---

e) Laryngo-otologische Gesellschaft München.

51. Sitzung, 26. Juli 1909.

Neumayer: Ueber dynamometrische Untersuchungen am Kehlkopf.

Ein für die vorliegenden Verhältnisse construirtes Dynamometer wird nach Anästhesirung des Kehlkopfes zwischen die Stimmbänder in der Gegend der Processus vocales eingeschoben. Der Kraftaufwand, den die Schliessmusculatur des Kehlkopfes bei verschiedenen Functionen (Stimmbildung, Pressen, Husten) leistet, kommt auf das Dynamometer zur Einwirkung, wird nach aussen auf ein Manometer übertragen und in Millimeter Quecksilberdruck abgelesen.

Versuche, welche am normalen Kehlkopfe bei erwachsenen Personen angestellt wurden, ergaben, dass die Kraftentfaltung, welche der Kehlkopf bei Bildung der Sprechstimme aufzubringen hat, sehr gering ist. Je nachdem mit geringerer oder grössererKraft intonirt wurde, konnten Werthe abgelesen werden, die zwischen wenigen Millimetern bei gewöhnlicher Sprechstimme und 20—30 mm Quecksilbersilberdruck bei sehr lauter Phonation schwankten.

Sehr viel grössere Kraftleistungen ergaben die Messungen beim Pressen und Husten. Beim Pressen konnten Werte bis zu 220 mm Quecksilberdruck und darüber beobachtet werden.

Bei Versuchen, die an Personen mit Motilitätsstörungen des Kehlkopfes vorgenommen wurden, war eine deutliche Verminderung der Kraftleistung mit Hilfe des Dynamometers zu constatiren. Der Ausfall trat in diesen Fällen dann besonders auffällig in die Erscheinung, wenn ein grosser Kraftaufwand, wie er z. B. beim Pressen nothwendig wird, gefordert wurde.

Bei einseitiger Recurrenslähmung z. B. wurden beim Pressen Werthe beobachtet, die annähernd nur die Hälfte des Quecksilberdruckes erreichten, der an normalem Kehlkopf erzielt wurde.

Hoffmann: Ueber Thyreoidea accessoria intratrachealis.

25jährigesMädchen, das seit dem 5. bis 6. Lebensjahre anAthembeschwerden leidet, die mit dem Eintritt der Menstruation sich verstärkten. In letzter Zeit Erstickungsanfälle. Herz, Lunge und Mediastinum ohne Besonderheiten. Thyreoidea nicht vergrössert (Mutter und 2 Schwestern leiden anAthemnoth in Folge Struma). Larynx bezüglich Configuration, Farbe und Motilität der Norm entsprechend. Subglottisch sitzt auf der Rückwand anscheinend in der Höhe des 1. und 2. Trachealringes ein breitbasiger, gleichmässig halbkugelig geformter, anscheinend derber Tumor, der die Trachea bis auf einen schmalen, halbmondförmigen Spalt an der Vorderwand ausfüllt. Die Schleimhaut über der Geschwulst ist etwas röther als die der Trachea. Keine Ulceration, keine Glandulae. Das Röntgenbild (seitliche Aufnahme) zeigt den Tumor in deutlichster Weise. Die Diagnose: Thyreoidea accessoria intratrachealis wird durch die histologische Untersuchung des durch Crico-Tracheotomie gewonnenen Tumors bestätigt. Heilung. (Ausführlich in Zeitschrift für Ohrenheilkunde November 1909.)

Demonstrationen: Neumayer: Ein mit Ethmoidalisresection behandelter Asthmapatient.

Wanner: Fangvorrichtung am Barth'schen Adenotom.
Hoffmann: Totaldefect des Vomers bei Lues.

52. Sitzung, 25. October 1909.

Hecht: Rhino-laryngologisches vom Budapester Congress.
Nadoleczny: Referat über Privatgebührenordnung

53. Sitzung, 29. November 1909.

Enthält nichts Rhinolaryngologisches.

54. Sitzung.

Nadoleczny: Adenotomie und Sprachstörungen.

Von Sprachfehlern kann und soll nur die Rhinolalia clausa durch Adenotomie beseitigt werden, der sich eventuell eine sprachärztliche Behandlung anzuschliessen hat. Bei Stammeln und Stottern ist die Operation durch die Sprachstörung allein nicht indicirt. Die Sprachstörungen der Schwachsinnigen bleiben wie deren geistiger Zustand durch die Adenotomie unbeeinflusst. Bei den verschiedenen Formen des offenen und gemischten Näselns führt die Operation zu einer Verschlimmerung des Sprachfehlers. (Ausführlich publicirt in Münchener med. Wochenschr. 1909 No. 3.) Hoffmann (München).

III. Briefkasten.

Zur Frage der Internationalen Specialcongresse.

Herr O. Chiari hat in Angelegenheit der Internationalen Congresse von Herrn Hofrath A. Politzer (Wien) ein Schreiben erhalten, das wir hiermit auf seinen Wunsch zur Kenntniss unserer Leser bringen:

Geehrter Herr Collega!

Anlässlich des internationalen medicinischen Congresses in Budapest wurde ein von mehreren Mitgliedern des otologischen Congresses gestellter Antrag, dass der künftige int. otol. Congress von jetzt ab nicht mehr im Rahmen des int. med. Congresses abgehalten werde, nahezu einstimmig angenommen. Gleichzeitig wurde von der Mehrzahl der Mitglieder des otol. Congresses der Wunsch ausgesprochen, dass künftighin der int. otol. Congress gemeinsam mit dem int. laryngo-rhinologisehen Congresse gleichzeitig am selben Orte tagen möge, um jenen Mitgliedern beider Congresse, welche sich mit beiden Specialfächern befassen, Gelegenheit zu geben, den Verhandlungen beider Congresse beiwohnen zu können.

Mit Rücksicht darauf, dass für den nächsten int. otol. Congress Boston bestimmt wurde, die Tagung des laryngo-rhinolog. Congresses an diesem Orte aber aus gewichtigen Gründen als nicht ausführbar erschien, wurde ein Beschluss über die gleichzeitige Tagung beider int. Specialcongresse nicht gefasst und eine principielle Beschlussfassung hierüber erst für den nächsten int. otol. Congress vorbehalten.

Auf Grundlage des von der Majorität des otol. Congresses in Budapest geäusserten Wunsches möchte ich meiner Ueberzeugung Ausdruck geben, dass auf dem nächsten, in Boston stattfindenden Congresse der Vorschlag, dass beide Congresse künftighin in Intervallen von 4 Jahren an einem und demselben Orte tagen sollten, mit überwiegender Majorität angenommen werden wird.

Da der nächste int. laryngo-rhinolog. Congress bereits 1911, der int. otol. Congress in Boston 1912 tagen wird, so wird es sich empfehlen, dass der vom int. Comité des laryngo-rhinolog. Congresses gefasste Beschluss dem Präsidenten Prof. Blake mit dem Ersuchen mitgetheilt werde, diesen Beschluss dem Plenum des otol. Conresses zur Annahme vorzulegen.

Ich selbst trete mit voller Ueberzeugung für die gleichzeitige Tagung beider Congresse ein und bin überzeugt, dass auch diejenigen, die sich nur der Otologie oder Laryngorhinologie widmen, diesem Beschlusse schon wegen der gemeinsamen Rhinologie zustimmen werden. Der Beschluss über die Zeiteintheilung bei den gleichzeitig tagenden Congressen, bleibt dem zunächst tagenden laryngo-rhinolog. Congresse in Berlin vorbehalten. Es dürfte sich als zweckmässig erweisen, die beiden Congresse auf 7 Tage anzuberaumen, von denen 3 Tage der Otologie, 3 Tage der Laryngologie zugewiesen werden, während der zwischen beiden eingeschaltete Tag zur Verhandlung gemeinsamer Themen bestimmt würde.

Um etwaigen Rivalitäten zu begegnen, wäre es zweckmässig in der Weise zu alterniren, dass die ersten 3 Tage einmal dem otol., am nächstfolgenden Congresse dem laryngol. Congresse zufielen.

Mit collegialer Hochachtung zeichne ich Ihr stets ergebener

Prof. Dr. A. Politzer.

Emanuel Z. Zaufal †.

Aus Prag kommt die Kunde von dem Ableben Zaufal's, eines der Veteranen der Otorhinologie. Zaufal war am 12. Juli 1833 zu Puschwitz in Deutsch-Böhmen geboren. Nach Beendigung seiner Studien, die er auf der K. K. medicinisch-chirurgischen Josephs-Academie zu Wien absolvirte, war er Schüler von v. Troeltsch. Im Jahre 1873 folgte er einem Ruf als ausserordentlicher Professor nach Prag und begründete an der Deutschen Universität daselbst das Lehrfach für Rhinologie und Otologie. Zaufal's Verdienst um die Rhinologie besteht darin, an dem Ausbau der Untersuchungsmethoden für Nase und Nasenrachenraum mitgewirkt und die rhinoskopischen Bilder auf eine anatomische Grundlage gestellt zu haben. Von Zaufal rührt auch die Bezeichnung „Rhinoskopia anterior“ her; doch gebrauchte er sie nicht in dem heute gebräuchlichen Sinn, sondern verstand darunter die „Untersuchung des Nasenrachenraums von vorn durch die Nase“. Auch war er neben Voltolini derjenige, der am eifrigsten der Aufnahme der kalten Drahtschlinge in das Rüstzeug des Nasenarztes das Wort geredet hat. Die hauptsächlichsten rhinologischen Arbeiten Zaufal's sind:

Die normalen Bewegungen der Pharyngealmündung der Eustachi'schen Röhre. Archiv f. Ohrenheilkde. 1875.

Ueber die Anomalien in der Bildung der Nasenmuscheln. Aerztl. Correspondenzblatt f. Böhmen. 1875.

Ueber die Untersuchung des Nasenrachenraums von der Nase aus, insbesondere mit trichterförmigen Spiegeln. Archiv f. Ohrenheilkde. 1877.

Ueber die allgemeine Verwendbarkeit der kalten Drahtschlinge etc. Prager med. Wochenschr. 1877.

Die Plica salpingo-pharyngea. Archiv f. Ohrenheilkde. 1880.

Mnnuelle Extraction eines aussergewöhnlich grossen Nasenrachenpolypen. Prager med. Wochenschr. 1903.

Finder.

Personalnachrichten.

Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. H. Burger, ist zum auswärtigen correspondirenden Mitglied der Kgl. Belgischen Academie der Medicin ernannt werden.

Den Privatdocenten Dr. Dreyfuss in Strassburg und Dr. Boeninghaus in Breslau ist das Prädicat Professor verliehen worden.

Prof. S. Citelli hat einen Lehrauftrag für Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Catania erhalten. Es ist dies der erste von der italienischen Regierung auf Sicilien errichtete Lehrstuhl für das Specialfach.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, April. 1910. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) James J. Walsh. **Die ärztliche Kunst vor 6000 Jahren. (The medical profession for 6000 years.)** *N. Y. Medical Journal. 28. August 1909.*

Eine der ersten Nachrichten über Rhino-Laryngologie betrifft einen der ägyptischen Könige circa 4000 v. Chr. Ein Arzt heilte ihn von einer langdauernden Nasenkrankheit, die, wie es scheint, eine Behinderung der Athmung zur Folge gehabt hatte.

LEFFERTS.

2) Frank Allgwot. **Ein Wort für die systematische und allgemeine Untersuchung von Auge, Ohren, Nase und Hals bei Schulkindern. (A plea for the systematic and universal examination of shool childrens eyes, ears, noses and throats.)** *The Journal of the Minnesota State Medical Association. 15. August 1909.*

Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

3) **Die Gemeindeschulen zu Stockholm.** *Bericht für das Jahr 1908. Stockholm 1908.*

Von den Specialisten für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten wurden 3884 Kinder untersucht; von diesen litten 322 (8,3 pCt.) an Schwerhörigkeit, 376 (9,7 pCt.) an Ohrenentzündungen, 197 (5,1 pCt.) an chronischen Nasenkrankheiten, 444 (11,4 pCt.) an adenoiden Vegetationen und 748 (19,5 pCt.) an vergrösserten Gaumenmandeln.

E. STANGENBERG.

4) **Baumgarten** (Budapest). **Ueber den Zusammenhang der oberen Luftwege und der Erkrankungen der Nieren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1909.*

Bemerkungen über die Anämie der Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes, ihr manchmal wachsartiges Aussehen, über Blutungen aus der Nase — besonders bei Kindern —, über das Oedem der Schleimhäute der oberen Luftwege, Tonsillitiden etc.

HANSZEL.

5) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase.** (Nach einem auf der 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 1909 gehaltenen Vortrage.) *Monatsschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie. Heft 10. 1909.*

Eingehendes, mit klinischen und statistischen Daten belegtes Referat über obiges Thema, das zu kurzer Besprechung sich nicht eignet. HECHT.

6) **W. D. Markusow. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen bei Kindern. (Ob inorodnich telach dichatelnich putei w detai.)** (Aus dem Kinderkrankenhause St. Olga in Moskau.) *Chirurgia. No. 136. April 1908.*

In der Zeit von 1887—1907 kamen 50 Fälle zur Beobachtung. In 86 pCt. aller Fälle erwiesen sich die Fremdkörper als Samen der Sonnenblume (bekanntlich werden diese Samen in grossen Mengen in Russland von den unteren Volksschichten verzehrt). Nach dem Alter vertheilen sich die Fälle: 38 pCt. bei Kindern von 9 Monaten bis 2 Jahren, 54 pCt. von 2—6 Jahren und 8 pCt. von 6—8 Jahren.

Bei 45 Kindern wurde die Tracheotomie gemacht, wobei die Fremdkörper in 52 pCt. bei der Operation aufgefunden wurden. In anderen (10 pCt.) Fällen wurden dieselben nachher durch die Canüle ausgehustet (in einem Falle sogar nach 30 Tagen). Mortalität 20 pCt.

Zu oft verursachen die Fremdkörper ernste, ja tödtliche Störungen in den Athmungsorganen, welche durch die Tracheotomie nicht beseitigt werden können. Zur Feststellung der Localisation und zur Therapie der Fremdkörper verspricht sich Verf. viel von der Bronchoskopie, die leider in keinem der citirten Fälle ausgeführt wurde. P. HELLAT.

7) **Marschik** und **Vogel** (Wien). **Fremdkörper in den oberen Luft- und Speisewegen mit besonderer Berücksichtigung der Oesophagotomie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 41. 1909.*

Da vom Standpunkte des allgemein practicirenden Arztes die Tracheoskopie und Oesophagoskopie wegen der speciellen Technik und des grossen Apparates nicht in Betracht kommt, bleibt in vielen Fällen als zuverlässigste Methode die radicale Eröffnung der Speiseröhre über dem steckengebliebenen Fremdkörper, wofür einige erfolgreiche Beispiele aus der I. chirurgischen Klinik in Wien angeführt werden. CHIARI.

8) **F. Hawkins. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen. (On foreign bodies in the air passages.)** *Med. Magazine. Vol. VIII. p. 555.*

Verf. führt einige interessante Fälle an, die vor Einführung der hier nur kurz erwähnten Killian'schen Tracheo-Bronchoskopie mit Erfolg behandelt wurden. JAMES DONELAN.

9) **F. P. C. Demorest. Chloroformnarkose bei Halsoperationen. (Chloroform anaesthesia in throat operations.)** *N. Y. Medical Journal. 20. October 1909.*

Verf. hält Chloroform für das das beste Narkoticum bei Adenoidoperationen, wenn es sich um Kinder unter 12 Jahren handelt, da Aether die Athmungsorgane zu sehr reizt und massenhafte Schleimabsonderung bewirkt. LEFFERTS.

10) **Fröhlich. Schädliche Wirkung des Orthoform auf das Blut.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 17. December 1909.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 52. 1909.*

Das Oxyhämoglobin wird in Methämoglobin verwandelt. Vergiftungserscheinungen, Schwindel, Schüttelfrost, Urticaria. Warnung vor Anwendung auf blutende Flächen, dagegen empfehlenswerth als anäthesirendes Mittel. In der Discussion wurden die Bedenken getheilt, aber auch das Orthoformum novum, als schwerer lösliches Präparat, empfohlen.

HANSZEL.

11) **Bonain. Einige Bemerkungen, das Anästheticum Liquor Bonain betreffend. (Quelques reflexions concernant l'anesthésique dit: Liquide de Bonain.)** *Revue hebdomadaire de Laryngologie etc. No. 50. 1909.*

In Frankreich schon seit Ende der 90er Jahre als Anästheticum der Nase und namentlich des Ohres in Gebrauch, ist die von Bonain angegebene Mischung in Deutschland weniger bekannt, trotzdem sie zur örtlichen Anästhesie sehr empfehlenswerth ist. Die ursprüngliche Formel ist in letzter Zeit durch Zuthat von Adrenalin modificirt worden und lautet jetzt wie folgt:

Acidi carbolici purissimi 1,0,
Mentholi crist. 1,00,
Cocaini muriatici 1,00,
Suprarenini muriatici 0,001.

Verwendet man nur reine Carbolsäure und mischt man die Mischung ohne Zuthat von Alkohol, so erhält man eine syrupöse, gut haltbare Flüssigkeit, die nicht caustisch und ausgezeichnet anästhetisch wirkt. Wir schliessen uns in diesem Urtheil ganz den Angaben Bonain's an, würden jedoch bei Anwendung im Larynx (z. B. behufs Cauterisation) zur Vorsicht mahnen. Bonain verwendet, wie er behauptet, seine Mischung schon seit Jahren, ohne den geringsten Nachtheil bemerkt zu haben.

LAUTMANN.

12) **A. Fröhlich** und **O. Loewi. Ueber die Steigerung der Adrenalinempfindlichkeit durch Cocain.** (Aus dem pathologischen Institut zu Wien.) *Archiv f. experimentelle Pathol. u. Pharmakologie. Bd. 62. Heft 2.*

An sich ganz unwirksame Gaben von Cocain steigern in hohem Maasse die Adrenalinwirkung, und zwar nach Intensität wie Dauer.

SALZBURG.

13) **Haudek** (Wien). **Ueber Dysphagietabletten.** *Klinisch-therapeut. Rundschau. No. 4. 1909.*

Empfehlung von Dr. Treitel's Tabletten, welche Cocain. mur. 0,005 und Menthol. pur., Anästhesin aa 0,01 enthalten und durch ein Corrigens schmackhaft gemacht sind.

CHIARI.

14) **B. Fränkel** (Berlin). **Demonstrationen für die Röntgendurchleuchtung der Nebenhöhlen und der oberen Respirationsorgane.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1908.*

Demonstration von Platten mit gesunden und eiterhaltigen Nebenhöhlen. Aufstellung des Satzes: wenn man keine Verdunkelung einer Nebenhöhle im

Röntgenbild bekommt, dann ist auch keine Erkrankung derselben vorhanden. Dagegen kann eine Verdunkelung einer Höhle auch allein hervorgerufen werden durch periostale oder Knochenverdickungen, braucht nicht auf einer Eiterung zu beruhen.

Weiterhin Vorführung von Röntgenbildern von Tumoren der Nasenhöhle, Nasenhöhlen mit Tampons, mit grossen Polypenmassen — kleinere sind nicht sichtbar — und mit Projectilen. Zuletzt Bilder von Mediastinaltumoren, Aneurysmen, substernalen Strumen und eines mit Wismutbrei gefüllten Oesophagusdivertikels.

In der Discussion bemerkt Steyrer (Berlin), dass leicht auf der Platte bei einer Oesophagusstenose der dünne Wismutschatten unterhalb der über der Stenose liegenden Ausbuchtung übersehen werden und damit ein Oesophagusdivertikel vorgetäuscht werden könne. E. Meyer (Berlin) bemerkt, dass im vorliegenden Fall besonders darauf — mit negativem Erfolg — geachtet wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

15) **B. Fränkel** (Berlin). **Ein Halator.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. S. 2107. 1908.*

Ein zur Vergasung flüchtiger Medicamente (Menthol, Eucalyptol, Ol. pini, Thymol, Perubalsam, Carbolsäure) bestimmter, sehr einfacher und billiger Apparat (Preis M. 2,25, Lieferant H. Windler-Berlin). Verf. berichtet über sehr günstige Erfolge, die er durch consequente Anwendung von Mentholdämpfen während der ganzen Nacht bei Larynx- und Lungenphthise erzielt hat.

ZARNIKO.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **A. Alexander** (Berlin). **Accidentelle Vaccination am Naseneingang.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 48. S. 2163. 1908.*

Vorstellung eines Falles, des sechsten überhaupt publicirten, in der Berl. med. Gesellschaft.

ZARNIKO.

17) **E. Baumgarten** (Budapest). **Fall von Malum perforans alae nasi.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1909.*

Auf dem Nasenrücken ist links ein 3 cm langer, 1,5 cm breiter, halbmondförmiger Substanzverlust sichtbar, welcher sich seit 3 Jahren langsam, schmerzlos und ohne Verletzung gebildet hat. Patient leidet an Tabes dorsalis. Das Geschwür ist in Folge trophischer Störung entstanden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

18) **Otto J. Freer. Dilatirte Venen auf der äusseren Nase und dem Septum; ihre permanente Verödung mittels der galvanischen Nadel. (Dilated veinlets upon the external nose and septum; their permanent closure with the positive galvanic needle.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Die Stärke des Stromes soll 2—5 Milliampères betragen; je schwächer der Strom, desto länger muss die Applicationszeit dauern. Die elektrolytische Wirkung kann dadurch verstärkt werden, dass die Hand fest gegen die Elektrode gedrückt wird; sie wird abgeschwächt, wenn der Druck nachlässt. Der Patient kann so selbst die Wirkung controliren; seine Hand wirkt gleichsam wie ein Rheostat.

Die Nadel wird erst in das periphere Ende der Vene eingestochen und wird in kleinen Abständen weiter seiner ganzen Länge folgend eingestochen.

EMIL MAYER.

19) **Leischner. Rhinoplastik aus der Brusthaut.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 7. Januar 1910.) *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1910.*

Demonstration zweier Fälle: Ueberpflanzung eines trapezförmigen Lappens sammt subcutanem Bindegewebe aus der Brusthaut auf den linken Arm — Hautbrücke. Der Lappen wurde 3 Monate lang der Schrumpfung überlassen und dann an der Nasenstelle zur Anheilung gebracht. Vier Monate später wurde dann die Bildung der Nase, in einem Falle sammt dem Septum, vorgenommen.

HANSZEL.

20) **P. Zenker** (Magdeburg). **Ueber eine neue Nasenschiene.** *Mit 1 Abbild Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1909.*

Die aus Neusilber gefertigte Schiene „besteht aus zwei winkelförmig zusammenhängenden Schenkeln, die elastisch nach aussen federn“. „Das winkelförmige Ende ist für den hinteren Theil des unteren Nasenganges bestimmt, das elastisch auseinanderklaffende für den vorderen, und zwar so, dass das leicht nach aussen umgebogene Ende der Nasenscheidewand, das gerade verlaufende dem Septum anliegt.“ Die von Pfau (Berlin) angefertigte Schiene wird nach intranasalen Operationen in den unteren Nasengang eingeführt und dient zur Verhütung von Verwachsung benachbarter Flächen, sowie zur Freihaltung der Nasengänge für Reinigung und Respiration. Etwa nöthige Tamponade kann gleichzeitig vorgenommen werden, „der Tampon ohne Lageveränderung der Schiene und Alteration des geschienten Patienten entfernt werden“. „Die breiteren Nummern der Schiene lassen sich auch gut nach der Fensterresection des Septum zum Antamponiren des Schleimhautlappens verwenden.“

HECHT.

21) **O. Muck** (Essen). **Die Schleimhaut der Nasenscheidewand, eine besonders geeignete Stelle für die Blutentnahme zu der Wassermann'schen Reaction und zu anderen serologischen Untersuchungszwecken.** *Münch. med. Wochenschr No. 45. 1909.*

Muck empfiehlt die oberflächlichen Halsvenen mit dem Bier'schen Stauband zu comprimiren und dann den Loc. Kieselbachii leicht anzuritzen; in ca. 3 Minuten tropfen hier bis zu 20 ccm Blut ab. Die Blutung steht entweder mit Abnahme des Staubandes von selbst oder auf H_2O_2-Tamponade. Diese Methode ist einfacher und technisch leichter, wie die üblichen.

HECHT.

22) **Ludwig Reinhardt. Eine Vergiftung mit unreifem Nieswurzsamen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1909.*

Das 7jährige Töchterchen des Verf.'s spielte kurze Zeit mit dem Samen einer fructificirenden Staude des weissen Niesswurz. Nach kurzer Zeit „begannen sämmtliche damit in Berührung gekommenen Fingerspitzen der rechten Hand stark zu brennen an und es entwickelten sich grosse, mit gelblichem Serum gefüllte Blasen“, die unter Schutzverband nach 8 Tagen abheilten. Einige Tage nach der

Blasenbildung an den Fingerspitzen stellte sich allgemeines Unwohlsein mit Appetitlosigkeit und mässigem Fieber ein, und es bildeten sich an der Zungenspitze, am Gaumen und am Zahnfleisch zahlreiche ebensolche, mit Serum gefüllte, äusserst schmerzhafte Blasen, so dass bei grosser Mattigkeit und Kopfschmerzen das Kind fast 8 Tage fast keine Nahrung zu sich nehmen konnte. Das Kind versicherte bestimmt, dass es die Samen niemals in den Mund genommen habe. Wahrscheinlich griff es mit den beschmutzten Fingern in den Mund und zog sich auf diese Weise die starke Schleimhautentzündung und die allgemeine Vergiftung zu. Anschliessend Erörterungen über die chemischen und toxischen Bestandtheile des Helleborus viridis.

HECHT.

23) **Willis S. Anndersonn. Locale und allgemeine durch Nasenverstopfung bedingte Zustände. (Local and systemic conditions due to nasal obstruction.)** *Journal of the American Medical Association. 20. November 1909.*

Verf. hat bei einer Anzahl von Thieren Untersuchungen über Nasenverstopfung angestellt. Völliger Verschluss der Nasenlöcher bei Meerschweinchen hat Tod innerhalb 24—48 Stunden zur Folge; partieller Verschluss bewirkt den Tod innerhalb einiger Tage bis mehrerer Monate je nach dem Grade des Verschlusses, dem Alter und der Widerstandsfähigkeit der Thiere. Ratten starben bei Verschluss eines Nasenloches, nachdem sie ungefähr die Hälfte an Gewicht verloren harten. Partieller Verschluss der Nase bei Hunden erzeugt Erscheinungen von Asthma und Emphysem. Die Widerstandsfähigkeit jüngerer Hunde wird soweit herabgesetzt, dass sie an Infection zu Grunde gehen und fast in jedem Falle werden die Lungen erkrankt gefunden. Junge Hunde, die von einer Mutter mit aufgehobener Nasenathmung geboren wurden, zeigten herabgesetzte Lebenskraft, Haarausfall etc. und starben bald.

EMIL MAYER.

24) **Rob. Foy. Die functionelle Undurchgängigkeit der Nase und ihre Behandlung durch die Athmungsübungen. (L'imperméabilité fonctionnelle nasale; son traitement par la rééducation.)** *Revue hebdomad. de laryngologie etc. No. 48 1909.*

Einleitend wiederholt der Autor die klassischen Erfahrungen über mechanische und functionelle Undurchgängigkeit der Nase und die schädliche Wirkung der Mundathmung. Die functionelle Nasenundurchgängigkeit theilt Foy ziemlich willkürlich in zwei Formen ein, von denen er die eine die Insufficienz, die andere die Impotenz nennt. Diese letztere zeigt sich gewöhnlich erst nach der ersten Jugend oder auch erst im späteren Alter, zu einer Zeit, wo das Knochengerüst der Nase und auch der Brust seine volle Entwickelung erreicht hat. Die Ursache dieser Impotenz liegt in einer nervösen Störung des normalen Athemrhythmus im Bereich des Bulbus und der psychischen Centren. Zur Behandlung übergehend ist selbstverständlich, dass die mechanischen Störungen vorerst entfernt sein müssen, bevor man an die verschiedenen Formen der Athemgymnastik gehen kann. Aber dann auch, scheint es, sind die Resultate nicht immer so ausgezeichnet, wie man nach den letzten diesbezüglichen Publicationen glauben sollte. Jedenfalls findet Foy, dass das zu Gebote stehende Arsenal an technischen Hülfsmitteln zu

gering ist und deshalb fügt er ein neues Instrument hinzu, von dem man gewiss voraussagen kann, dass, wie auch seine praktische Brauchbarkeit sein wird, es nicht in Jedermanns Ordinationsraum stehen wird. Der Apparat besteht aus einem Behälter von comprimirter Luft, aus einem Spüler, um die Luft von Verunreinigungen zu waschen, aus speciellen Nasenoliven und einer eigenen Luftsaugevorrichtung für diese Oliven. Es scheint, dass die Technik des Apparates sehr einfach ist. Wie dem auch sei, man wird gestehen, dass man Fortschritte gemacht hat in diesem Capitel seit der Zeit, wo die Correction der functionellen Nasenunwegsamkeit in einfachen Respirationsübungen bestanden hat. LAUTMANN.

25) **Bryan Sheedy. Vasomotorische Nasenverstopfung. (Vasomotor nasal obstruction.)** *The Post-Graduate. August 1909.*

An Stelle der Galvanokaustik der unteren Muschel stichelt Verf. mit einem lanzettförmigen Messer die Muschel an 10—20 Stellen. Er hat mehr als hundert Patienten auf diese Weise mit gutem Resultat behandelt. EMIL MAYER.

26) **Schönemann** (Bern). **Die (nicht tuberculöse) Lungenspitzeninfiltration als Folge behinderter Nasenathmung.** *Revue Suisse de médecine. No. 2. 1909.*

Verf. hat, angeregt durch die Arbeiten Krönig's, bei einigen eigenen Fällen seine Aufmerksamkeit auf den Mechanismus gelenkt, der bei behinderter Nasenathmung zu der von oben genanntem Autor beschriebenen Lungeninduration führt. Im Gegensatz zu Krönig kommt Sch. zu dem Schlusse, dass die Mundathmung eine Stenosenathmung mit vergrössertem, nicht verkleinertem, inspiratorischem Widerstand sei. So entsteht bei der Einathmung ein negativer Druck in der ungünstiger gestellten Lungenspitze. Dieselbe wird dadurch eingezogen, ihr Gewebe luftleer verdichtet, wobei sie katarrhalisch erkrankt und allmählich verdichtet (Retractionsinduration). Das Umgekehrte geschieht mitunter bei Leuten von plethorischem Habitus mit chronischen Halskatarrhen, bei welchen infolge beständigen Räusperns und Hustens und forcirter Exspirationen die Lungenspitzen durch Ueberdruck aufgebläht werden. Die nicht tuberculöse Spitzeninfiltration charakterisirt sich durch das Fehlen von Fieber, Abmagerung, Nachtschweissen und durch Erhaltensein des Wohlbefindens. JONQUIÈRE.

27) **Paul Viollet. Cystische recidivirende Nasenpolypen, ihrer Structur nach scheinbar vom Sinus maxillaris ausgehend. (Polypes kystiques du nez à répétitions donnant lieu à des écoulements muqueux nombreux et abondants, paraissant par leur structure avoir leur point de départ dans le sinus maxillaire.)** *Revue hebdomadaire. No. 32. 1909.*

Genaue Beschreibung eines Falles von Polyposе der Nasenhöhle, die vielfach recidivirend und mit reichlicher Hydrorrhoe einhergehend vielfache intranasale Operationen nothwendig machte. Der Sinus wurde nicht eröffnet, was voraussichtlich radicale Heilung herbeigeführt hätte, da seit Killian's und Ino Kubo's Fällen feststeht, dass die Choanalpolypen nichts anderes als Ausstülpungen der entzündeten Kieferhöhlenschleimhaut sind. LAUTMANN.

28) **Font de Boter** (Barcelona). **Möglichkeit des Zurückgehens von malignen Geschwülsten unter dem Einfluss von ultra-penetrirenden Bestrahlungen mit Radium. (Possibilidad de regression de los tumores malignos bajo la influencia de las radiaciones ultra-penetrantes del radium.)** *Revista barcelonesa de Laringologia. März 1909.*

Es handelte sich um einen inoperablen Nasentumor; schliesslich wurde die Anwendung des Radiums beschlossen. Es wurde in 30 Sitzungen, deren jede $1/2$ Stunde dauerte, angewandt; die zur Verfügung stehende Menge Radium betrug 2 ccm mit 500000 Activitäten. Von der 11. Sitzung an konnte man eine Verkleinerung der Geschwulst constatiren, nach 30 Sitzungen war die Besserung offensichtlich. Der Tod trat unter Gehirnsymptomen ein. TAPIA.

29) **G. C. Hall. Bericht über drei ungewöhnliche Fälle von Nasenkrankheiten. (Report of three unusual cases of nasal diseases.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

I. Septumresection complicirt durch Syphilis.
II. Septumresection bei Antrumeiterung.
III. Grosser Nasenrachenpolyp. EMIL MAYER.

30) **H. Bell Tawse** (London). **Einige Complicationen und Gefahren der Nasenchirurgie. (Some complications and dangers of nasal surgery.)** *Lancet. 27. November 1909.*

Verf. giebt eine instructive Uebersicht über die mannigfachen Zufälle und Gefahren, die sowohl dem geschickten wie dem ungeschickten Nasenchirurgen passiren können. Verf. versteigt sich zu der Behauptung, dass Curettage des Siebbeins die einzige Methode sei, die sich bei Nasenpolypen lohne; dann führt er zwei Fälle an, die er zwar nicht selbst behandelt, aber beobachtet hat, in welchen jene Operation die directe Todesursache war. WATSON WILLIAMS.

31) **Sprenger** (Stettin). **Ein neues Verfahren zur Behandlung von Nasenleiden.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 2063 1908.*

Verf. hat hellgelbe Schwammgummikugeln, die zeitweilig in den Naseneingang gelegt werden, auf Grund theoretischer Erwägungen (denen Ref. sich nicht durchweg anschliessen kann) und practischer Erfahrungen bei einer ganzen Reihe von Nasenerkrankungen (beim chronischen Katarrh der Nase und des Rachens, bei der Ozaena, bei der Nachbehandlung nach Nasenoperationen, dem Heufieber, der Ansaugung der Nasenflügel) bewährt gefunden und glaubt, dass sie vielleicht auch als Ersatz für die Saugmaske nach Kuhn und beim Aufenthalt in staubiger Luft nützlich sein können. ZARNIKO.

32) **Lermoyez** und **Aubertin** (Paris). **Ueber die Giftigkeit des Adrenalins bei Einträufelungen in die Nase. (Sur la toxicité de l'adrénaline en instillations nasales.)** *Société médicale des hôpitaux. 28. Mai 1909.*

Verff. haben Adrenalin beim Kaninchen in erheblichen Mengen lange Zeit hindurch (9 Monate lang) in die Nase geträufelt; sie haben weder Asthma, noch Arteriosklerose hervorgerufen; man constatirte eine Hypertrophie des Herzens ohne

Nierenaffection, aber mit Hyperplasie der Nebennieren in einem an acutem Lungenödem zu Grunde gegangenen Fall.

Local haben die Autoren einfach etwas Gefässsklerose der Hypophysis oder Congestion gefunden.

GONTIER de la ROCHE.

33) **Armand Delille. Asphyxie nach Instillationen von Mentholöl in die Nase bei einem Säugling. (Asphyxie par instillation nasale d'huile mentholée chez un nourrisson.)** *Société de Pédiatrie. 29. Januar 1909.*

Es trat ein Spasmus glottidis auf, der sehr bedrohlich schien. Der Zustand ging zurück, nachdem rhythmische Tractionen der Zunge gemacht waren.

A. CARTAZ.

34) **Canalejo** (Madrid). **Pulvereinblasungen bei Nasenkrankheiten. (Las pulverizaciones en las afeciones nasales.)** *Siglo Medico. November 1908.*

Verf. zieht Pulverinsufflationen allen anderen Applicationsmethoden, vor allem den Ausspülungen vor, da sie das Mittel in alle Theile tragen, ohne Complicationen seitens des Mittelohrs oder der Nebenhöhlen hervorzurufen.

TAPIA.

35) **Schoenaich. Ueber das häufige Vorkommen und die Erscheinungen der adenoiden Vegetationen bei Kindern. (O czestosci wysteporania i objarach wyrosli gruczolowatych jamy noso-gardlowej w dieci.)** *Przeglad pedyatryczny. No. 1. 1909.*

Nachdem der Verf. in einer ausführlichen Arbeit den gegenwärtigen Stand der Frage und eigene sehr zahlreiche Casuistik (200 Fälle) besprochen hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: Es besteht kein directer Zusammenhang und keine Abhängigkeit zwischen Vegetationen und geistiger Entwickelung bei Kindern. Die Mehrzahl der den Vegetationen zugeschriebenen krankhaften Erscheinungen ist von denselben nicht direct abhängig, sondern sie hängen theils von dem zugleich bestehenden Leiden, theils von einer Grundkrankheit ab, von deren Erscheinungen die eine eben in den Vegetationen besteht. Jeder Fall muss genau individualisirt werden, um genau zu entscheiden, welche Erscheinungen direct von den Vegetationen und welche von dem zugleich vorhandenen Leiden oder von der Grundkrankheit abhängen. Bei der Behandlung muss man das Hauptgewicht auf das Grundleiden (Syphilis, Rachitis, Tuberculose, psychoneuropathische Anlage) legen und das operative Verfahren wird auf diese Weise sehr beschränkt und die Hauptindication zu einer Operation werden nach Verf. bedeutend erschwertes Athmen und Gehörstörungen bilden.

A. v. SOKOLOWSKI.

36) **Roland Godfrey Freeman. Adenoide Wucherungen während des ersten Lebensjahres und ihre Behandlung. (Adenoid hypertrophy during the first year of life and its treatment.)** *Journal American Association. 21. August 1909.*

Uebersicht über die Indicationen zur Operation: Schnarchen, Mundathmung, häufig wiederkehrende Erkältungen und Complicationen, wie Otitis media.

EMIL MAYER.

37) **Harold Hays. Die Diagnose der Adenoiden bei Kindern und Erwachsenen. (The diagnosis of adenoids in children and in adults.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. August 1909.*

Vorliegende Arbeit basirt auf Untersuchungen, die Verf. mit seinem „Pharyngoskop“ angestellt hat. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die gewöhnlichen Untersuchungen auf adenoide Wucherungen sind unzulänglich.
2. Mittels des Pharyngoskops kann eine oculare Untersuchung auf Adenoide gemacht werden.
3. Adenoide brauchen nicht jeder Zeit complete Nasenverstopfung zu verursachen.
4. Mundathmer haben nicht immer Adenoide.
5. Eine kleine oberhalb der oberen Partie des Septums gelegene Wucherung macht häufig Erscheinungen eines sogenannten Katarrhs.
6. Eine nahe dem Tubenwulst gelegene Wucherung, die oft übersehen wird, verursacht oder verschlimmert häufig eine Mittelohrerkrankung.

EMIL MAYER.

38) **Hugo Neumann** (Wien). **Ein neues Adenotom.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 50. 1909.*

N. liess eine kleine, dreizinkige, mit Widerhaken versehene, kurzstielige Gabel mittels eines Charniers an dem Beckmann'schen Adenotom derartig anbringen, „dass eine Abknickung der Gabel erst nach Eindringen derselben in den Tumor möglich ist, und dass das Messer an der in denselben eingespiessten Gabel, beim Abschneiden desselben, vorbeigleiten kann“. Autor entfernt die Rachentonsille in einem Zuge, ein Herausfallen derselben ist durch die Anbringung der Gabel unmöglich. Anschliessend schildert N. ausführlich die von ihm bei Ausführung der Operation angewandte Technik. Die einleitenden Bemerkungen, dass „die adenoiden Vegetationen jetzt fast durchwegs mit Ringmessern operirt werden“, dürften wohl von mancher Seite Widerspruch erfahren.

HECHT.

39) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasenrachenfibrome.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1909.*

K. empfiehlt für die meisten Fälle als Operation die partielle Resection des Oberkiefers und des Nasenbeins und verhütet durch eine elastische Ligatur nahe dem Stiele des Tumors die sonst stets zu erwartenden starken Blutungen bei der Operation.

CHIARI.

40) **Goris. Ein Fall von Nasenrachenfibrom. (Un cas de fibrome naso-pharyngien.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 13. 1909.*

In der belgischen Gesellschaft für Chirurgie vom 27. Februar 1909 stellte G. ein Kind vor, bei welchem er vermittelst der Scheere unter Leitung des Fingers vom Munde aus ein Nasenrachenfibrom von der Grösse eines Taubeneis hatte entfernen können.

PARMENTIER.

41) **Escat. Ueber die Indicationen der Methode des natürlichen Weges oder des transfacialen Weges zur Exstirpation der Nasenrachenfibrome. (Indication de la voie naturelle ou de la voie transfaciale pour l'exstirpation des fibromes naso-pharyngiens.)** *Archives internat. de laryngol. Tome XXVIII. No. 5.*

Ein näheres Eingehen auf diesen (für den Budapester Congress bestimmten, aber dort nicht gehaltenen) Vortrag empfiehlt sich schon deshalb, weil mannigfache, dem nicht französischen Leser wahrscheinlich unbekannte Punkte zur Besprechung kommen. Zunächst, was den Ausgangspunkt dieser Tumoren anlangt, muss die klassische Meinung, dass dieselben von der Basis des Keilbeins ihren Ursprung nehmen, als falsch aufgegeben werden. Jacques hat endgültig (1908) den Beweis erbracht, dass der sogenannte Nasenrachentumor in seinem ersten Anfange ein nasaler Tumor ist und seinen Ursprung im Recessus sphenoethmoidalis nimmt.

Ein neuer Fall, den Escat mittheilt, und den er Gelegenheit hatte, in der ersten, noch nasalen Phase zu beobachten und intranasal zu operiren, zeigte wieder diesen charakteristischen Ausgangspunkt von der Sphenoethmoidalgegend. Mit diesem Ausgangspunkt stimmt auch gut überein, dass der Tumor hauptsächlich links sitzt (11 mal links und nur 1 mal rechts bei Escat) und nicht eine mediane Position einnimmt.

Was die Operationsmethoden anlangt, so schien es a priori wichtig zu sagen, dass man bei kleinen Nasenrachenfibromen, die noch circumscript sind, am besten auf dem natürlichen Wege durch den Rachen operirt, und dass man den Tumor auf künstlichem, dem transfacialen Wege (Moure) anzugehen hat, wenn er sich verzweigt und in die Nase Sprossen getrieben hat. Die oben auseinandergesetzte Entstehungsart zeigt deutlich, dass bei kleinen im Anfange stehenden Tumoren hauptsächlich der Nasenweg in Betracht kommt, und so hat auch Escat den kurz mitgetheilten Fall operirt. Manchmal ist Abtragung der Muscheln nöthig, um sich Zugang zu verschaffen. Ist der Tumor im Rachen, so muss er natürlich auf dem pharyngealen Wege angegriffen werden. Aber hierzu eignen sich die bisher gebrauchten Zangen wenig, und Escat giebt zwei neue gezähnte Zangen an, mit denen man gut an den Ausgangspunkt der Tumoren soll gelangen können. Selbstverständlich giebt es Fälle, wo die beiden Methoden, die transfaciale und die auf natürlichem Wege, vereint werden müssen; es wird aber kaum noch dazu kommen, grosse verstümmelnde Operationen, wie z. B. Resection des Oberkiefers zur Entfernung von Nasenrachenpolypen, auszuführen. Die grossen verstümmelnden Operationen tödten oft die Patienten durch den Shock, lassen Entstellungen zurück und bieten absolut keine Garantie gegen Recidive. Zum Schluss giebt Escat eine Statistik der 11 von ihm behandelten Fälle von Nasenrachenfibrom, davon nur 3 Fälle radical geheilt. Ein Fall ist wahrscheinlich als geheilt zu betrachten. Von den übrigen ist ein Fall an Shock gestorben nach Resection des Oberkiefers.

LAUTMANN.

42) **A. Seitz. Zur Casuistik der Nasenrachenfibrome.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Verf. theilt 3 Fälle von Nasenrachenfibrom mit, die auf der Klinik von Prof. Trendelenburg in den Jahren 1906 und 1908 operirt wurden. Um bei Blut-

aspiration rasch die Tracheotomie ausführen zu können, wurde bei allen drei Fällen die Luftröhre freigelegt, aber nicht eröffnet.

Bei Fall 1 (12jähriger Knabe) war der Tumor äusserlich in der linken Schläfengegend sichtbar. Temporäre Resection des Jochbogens.

Bei Fall 2 (14jähriger Knabe) musste, da der Tumor sowohl in die Nasenhöhle als auch nach der Aussenseite des Gesichtsschädels gewachsen war, die temporäre Oberkieferresection vorgenommen werden.

Bei dem 3. Fall (18jähriger Mann) war das Fibrom noch auf den Nasenrachenraum beschränkt. Es wurde die alte Manne'sche Voroperation (Spaltung des Gaumensegels in der Medianlinie) zu Hülfe gezogen und dann mit starken Sequesterzangen das Fibrom von seiner Insertionsstelle entfernt.

Heilung in allen 3 Fällen.

OPPIKOFER.

43) **J. Lachmann. Untersuchungen über die latente Tuberculose der Rachenmandel mit Berücksichtigung der bisherigen Befunde und der Physiologie der Tonsillen.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Verf. fand eine latente Tuberculose der Rachenmandel unter 46 Fällen einmal (2,2 pCt.).

L. hat alle Untersuchungsergebnisse, die er in der Literatur bezüglich der Häufigkeit der latenten Rachenmandeltuberculose fand (28 Autoren), in einer Tabelle zusammengestellt. Bei diesem Gesammtmaterial von 2065 Fällen wurde eine latente Tuberculose der Rachenmandel in 89 Fällen (4,3 pCt.) nachgewiesen. Diese Procentzahl ist im Verhältniss zu den sonstigen tuberculösen Veränderungen, wie sie bei Sectionen gefunden wurden, gering. Der die Lymphocyten durch das Epithel an die Oberfläche befördernde Saftstrom giebt der Rachenmandel eine Schutzkraft, die ein Eindringen der Bakterien in den Organismus an dieser Stelle verhindert.

OPPIKOFER.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Leuwer** (Bonn). **Versuche über den Schluckweg.** *Wiener klin. Rundschau. No. 3ff. 1910.*

Literaturangaben sowie Beschreibung eigener Versuche an Menschen und Kaninchen, wonach zum Schluckweg ausser der Zunge noch die Valleculae glosso-epiglotticae, die Recessus piriformes mit den Ligg. aryepigl. und den Aryknorpeln gehören. Von der Epiglottis kommt höchstens der linguale Antheil des freien Randes in Betracht. Die Speisen gleiten gewöhnlich nicht über den Kehlkopf, sondern in den erwähnten Seitenrinnen. Operationen im Recessus piriformis sollen möglichst vermieden werden.

CHIARI.

45) **Paul Preiswerk** (Basel). **Ein Beitrag zu den Trigeminusneuralgien dentalen Ursprungs.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1909.*

Preiswerk bespricht die verschiedenen Zahnerkrankungen, die zu Trigeminusneuralgien Veranlassung geben können, und berichtet anschliessend über zwei Fälle, bei denen — nur mittels der Röntgenphotographie nachweisbare —

im Oberkiefer retinirte Zapfenzähne neuralgische Schmerzen auslösten, die nach operativer Entfernung der Zähne sistirten. HECHT.

46) **Gaucher, Wickam, Degrais. Radiumbehandlung eines fibro-sklerotischen, die Lippe deformirenden Bandes. (Traitement par le radium d'une bride fibro-scléreuse déformant la lèvre.)** *La Clinique. 7. October 1909.*

Verf. macht auf die selective Wirkung des Radiums auf keloides Gewebe aufmerksam; diese Wirkung zeigte sich in einer erheblichen Besserung, die damit bei einem Mädchen erzielt wurde, das eine Narbe syphilitischen Ursprungs hatte, die sich von der Lippencommissur bis zur Nasolabialfalte ausdehnte und die Zähne sehen liess. Zwei Abbildungen. GONTIER de la ROCHE.

47) **Alfred Hauptmann** (Hamburg-Eppendorf). **Vicariirende Menstruation in Form von Lippenblutungen.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1909.*

18jährige, chlorotische, sonst gesunde Patientin; Genitalorgane völlig normal und gesund. Nervensystem, abgesehen von Herabsetzung des Conjunctival- und Rachenreflexes, sowie Dermographismus in Ordnung. „Mit 14 Jahren trat zum ersten Male eine Blutung unter die Haut und Schleimhaut der Ober- und Unterlippe auf, die nach einigen Tagen wieder verschwand. In der Folgezeit wiederholte sich diese Blutung regelmässig alle 4 Wochen, dann trat sie unregelmässig auf, bis mit 15 Jahren zum ersten Male die Menses einsetzten." Zur Zeit vicariiren die Menses zeitweise mit den Lippenblutungen, bisweilen gehen auch letztere den ersteren voraus. Autor konnte diese Erscheinung während vier Menstruationsperioden im Krankenhause beobachten. „Zunächst bildete sich in der Mitte der Haut der Oberlippe eine mässige Schwellung aus; diese wuchs im Laufe von wenigen Stunden, ging auch auf die Schleimhaut über und nahm einen bläulich-rothen Farbenton an, hervorgerufen durch unter die Haut und Schleimhaut ausgetretenes Blut. Die Schwellung nahm immer mehr zu, so dass die Oberlippe schliesslich rüsselartig vorgetrieben war. In der extrem gespannten Schleimhaut traten nun tiefe Rhagaden auf, aus welchen auch Blut heraussickerte. Die Lippe fühlte sich ziemlich derb an und war sehr schmerzhaft. Während der Process sich im Laufe von etwa $1^1/_2$ Tagen wieder zurückbildete, begann das gleiche Bild sich an der Unterlippe zu entwickeln." Nach 8 Tagen war alles wieder resorbiert. Die einzig mögliche Therapie besteht in Behandlung der Chlorose und Kräftigung des Nervensystems. HECHT.

48) **Arth. Schlesinger** (Berlin). **Ueber Angina Ludowici.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 49. S. 2194. 1908.*

1. Die als Angina Ludowici bezeichneten gangränösen Phlegmonen am Mundboden entwickeln sich nicht nur im Bereich der Gl. maxillaris, sondern es ist practisch, auch die anderen mit Sepsis, Schwellung des Mundbodens und Larynxödem verbundenen gangränösen Phlegmonen des Mundbodens ebenfalls zu dieser Krankheit zu rechnen. 2. Bei bedrohlichen Erscheinungen nach der Incision ist anstatt der Tracheotomie die quere Durchtrennung der Mm. mylohyoidei zur Schaffung genügender Entspannung für die Gewebe des Mundbodens auszuführen;

bei sehr schweren Fällen sind gleich bei der Incision die Mylohyoidei vollständig zu durchtrennen.

ZARNIKO.

49) **Gotthilf** (Kassel). **Ueber die Verwendung von Pergenol-Mundpastillen, speciell in der Kinderpraxis.** *Med. Klinik. 8. 1910.*

Pergenol-Mundpastillen als geeigneter Ersatz für Gurgelwasser in der Kinderpraxis bezeichnet; Säuglinge erhalten eine halbe Pastille, in Milch oder Fenchelthee gelöst.

SEIFERT.

50) **Schoenemann** (Bern). **Zur Physiologie und Pathologie der Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Verf. bezeichnet die Mandeln als subepithelial gelegene, d. h. auf den äussersten Posten vorgeschobene Halslymphdrüsen mit Quellgebiet in der Nasenschleimhaut. Einen Stützpunkt hierfür geben die Erfahrungen der Pathologie (Mandelentzündungen nach Infectionen von der Nase aus, speciell traumatische Anginen) und experimentelle Versuche, bei welchen nach Einspritzung von Lugol'scher Lösung in die unteren Muscheln das Jod 6 Stunden später in den Tonsillen nachgewiesen werden konnte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **W. W. Ashhurst. Die Tonsillen als Ausscheidungsorgane. (The tonsils as eliminative organs.)** *American Journal Medical Science. 1909.*

Verf. bespricht die Annahme, dass die Tonsillen die Function haben, gewisse infectiöse und reizende Stoffe auszuscheiden.

A. LOGAN TURNER.

52) **Jonathan Wright. Die Umwandlungen des Tonsillenepithels in Bindegewebe. (The transmutations of the epithelium of the tonsil into connective tissue cells.)** *The Laryngoscope. Juli 1909.*

Verf. basirt seine Schlüsse auf das Studium eines mikroskopisch untersuchten Falles von vermeintlicher maligner Geschwulst der Tonsille. Es war die Unterbindung der Carotis gemacht; Patient verhielt sich wohl und lebte noch nach 4 Jahren. Es wurde ein Stück zur Untersuchung entfernt und diese ergab manche atypische und interessante Verhältnisse. Verf. schliesst, dass die Basalzellen des Epithels die latente Eigenschaft haben, in Bindegewebe oder in flache Oberflächenzellen umgewandelt zu werden.

EMIL MAYER.

53) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Auf welchen histologischen Vorgängen beruht die Hyperplasie sowie die Atrophie der menschlichen Gaumenmandel? Nebst kritischen Bemerkungen zur normalen Histologie dieses Organs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 104. 1909.*

Nach Untersuchungen des Verf.'s kommt die hyperplastische Gaumenmandel durch Auftreten einer erheblichen Anzahl von besonders vermehrungsfähigen Lymphoblasten im adenoiden Gewebe zu Stande; dadurch wird Veranlassung zur Bildung von Follikeln gegeben, die sich sowohl durch grosse Zahl, als auch durch ihre Grösse, besonders aber durch excessive Grösse des Keimcentrums auszeichnen.

Die der atrophischen Tonsille eigenthümlichen histologischen Eigenschaften sind folgende:

1. Schwund der Mitosen in den etwa noch vorhandenen Keimcentren.

2. Allmählicher Schwund der Keimcentren überhaupt.

2. Allmähliches Verschwinden der Follikel, so dass nur noch diffuses adenoides Gewebe übrig bleibt.

4. Zugrundegehen eines grossen Theiles der Lymphocyten, Zunahme des Bindegewebes und Schrumpfung desselben. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

54) **O. Levinstein** (Berlin). **Ueber Fossulae tonsillares, Noduli lymphatici und Tonsillen.** (Aus der Kgl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Verf. charakterisirt die oben bezeichneten Gebilde auf Grund histologischer Untersuchungen folgendermaassen:

1. Unter „Fossulae tonsillares“ verstehen wir Einsenkungen der Schleimhautoberfläche von verschiedener Länge und Gestalt und wechselndem Verlauf in das darunter gelegene adenoide Gewebe hinein, deren Epithelwände sich von aus diesem adenoiden Gewebe stammenden Lymphocyten mehr oder weniger stark durchsetzt zeigen.

2. Unter „Noduli lymphatici“ verstehen wir streng in sich abgeschlossene histologische Gebilde, die durch eine Ansammlung von Follikeln und diffus angeordnetem adenoiden Gewebe um eine Fossula herum dargestellt werden.

3. Unter einer „Tonsille“ verstehen wir ein Organ, das aus einer Anzahl von Noduli lymphatici besteht, zwischen denen eine wechselnde Menge von Bindegewebe sich befindet. Häufig — aber nicht immer — zeigt das Organ die Anwesenheit einer grösseren Menge acinöser Schleimdrüsen, welche ihre Ausführungsgänge durch das adenoide bezw. das Bindegewebe hindurch an die Oberfläche, zuweilen aber auch in den Fundus einer einem Nodulus lymphaticus zugehörigen Fossula senden. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

55) **W. D. Ludlum. Folgen vergrösserter Tonsillen und Adenoiden. (Results of enlarged tonsils and adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 5. Juni 1909.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die bekannten Erscheinungen, die als Folge vergrösserter Gaumen- und Rachenmandeln zu betrachten sind. LEEFFRTS.

56) **N. Patterson** (London). **Abnormitäten der rechten Tonsille. (Abnormities of the right tonsil.)** *Lancet. 4. December 1909.*

Ein harter Knochenvorsprung, an der Spitze mit Knorpel versehen, ragte von der Oberfläche der Tonsille nach unten und innen; es handelte sich offenbar um einen abnorm gelegenen Processus styloideus. Auch der linke Processus styloideus konnte in der linken Tonsille gefühlt werden. Verf. meint, dass, wenn es sich nicht um eine angeborene Abnormität handle, die Folge von einer Fractur vorliegen könne, die Patient, der an epileptischen Anfällen leide, sich während eines solchen Anfalls zugezogen haben könne. WATSON WILLIAMS.

57) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Kurze serologische Mittheilung zur Angina Vincenti-Frage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. S. 504. 1909.*

Verf. hat in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen mit Erfolg die

Wassermann'sche Complementbindungsmethode zu Hülfe gezogen: Im Gegensatz zur Lues trat bei reiner Angina Vincenti völlige Hämolyse ein.

F. KLEMPERER.

58) **Guttmann** (Prag). **Die Therapie der Tonsillitis lacunaris acuta mit Pyocyanase.** *Wiener med. Wochenschr. No. 25. 1909.*

23 Fälle mit angeblich sehr günstigem Erfolge durch Zerstäuben von Pyocyanase auf die Tonsillen behandelt. Die Beläge schwanden in 17 Fällen schon am zweiten Tage. Keine unangenehmen Nebenwirkungen.

HANSZEL.

59) **George Bacon Wood. Maligne Tumoren der Tonsille. (Malignant tumors of the tonsils.)** *The Pennsylvania Medical Journal. März 1909.*

Bericht über 2 Fälle. Im ersten wurde die rechte Carotis externa unterbunden, die Tonsille und eine Anzahl von geschwollenen Drüsen entfernt. Es wurden wegen Drüsenmetastasen noch zwei weitere Eingriffe von aussen unternommen; jedoch starb Patient an Metastasenbildung. Es handelte sich um ein Spindelzellensarkom. Auch im zweiten wurde nach Unterbindung der Carotis der Tumor entfernt; jedoch auch hier ging der Patient an Metastasenbildung zu Grunde. Es handelte sich um Rundzellensarkom.

Verf. hat seit 1884 137 Fälle von maligner Tonsillarerkrankung aufgefunden: 69 Sarkome, 64 Carcinome und 1 Endotheliom.

EMIL MAYER.

60) **Geo E. Waugh. Eine einfache Operation zur vollständigen Entfernung der Tonsillen nebst Bericht über 900 Fälle. (A simple operation for the complete removal of tonsils with notes on 900 cases.)** *Lancet. Vol. I. p. 1314. 1909 und Surgery, Gynaecology and Obstetrics. April 1909.*

Eine kleine Modification in der Ausführung der Tonsillotomie. Verf. legt Gewicht darauf, dass die Gewebe unmittelbar nach aussen von der Stelle, wo der Rand des vorderen Gaumenbogens und die Aussenfläche der Tonsille zusammenstossen, linear durchtrennt werden, während die mittels der Zange festgehaltene Tonsille nach innen gezogen wird; es soll so beim Loslösen der Tonsille die Kapsel mit entfernt und vermieden werden, dass man sich zu nahe der freien Oberfläche hält.

WATSON WILLIAMS.

61) **J. M. West** (Baltimore, U. S. A.). **Eine Methode für vollständige Enucleation der Gaumenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Die Operation zerfällt in 3—4 Stadien:

Zuerst Abtrennung der mit gezahnter Zange gefassten Tonsille vom hinteren Gaumenbogen mittels eines Messers von L-Form, dann Abtrennung vorne mit einem geraden Messer.

Das dritte Stadium ist die Durchtrennung des losen Bindegewebes zwischen Kapsel und Musculus constrictor superior.

Bei geringer Blutung kann die Operation in diesem Stadium beendet werden, anderenfalls ist es vorzuziehen, die Operation mit stumpfspitzigem Messer zu beenden.

Durch Abbildungen der verschiedenen Operationsstadien und der Instrumente wird das Verfahren veranschaulicht.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

62) A. H. Miller. **Anästhesie bei Mandel- und Adenoidoperation. (Anesthesia for tonsil and adenoid operation.)** *Boston Medical und Surgical Journal. 15. Juli 1909.*

Der Müller'sche Apparat wurde in fast 1000 Fällen angewandt; er dient zur Aethernarkose und besteht in der Hauptsache aus einem Vaporizer, der durch eine Fusspumpe in Thätigkeit gesetzt wird. Verf. setzt die Vortheile dieses Apparates auseinander und giebt eine genaue Beschreibung desselben. EMIL MAYER.

63) Georg Avellis (Frankfurt a. M.). **Gaumenbogennäher und Mandelquetscher. Zwei neue Instrumente.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 165. 1909.*

Mit dem geöffneten Maul des Nahtinstruments wird eine starke Klammer gefasst und zuerst der eine, dann der andere Gaumenbogen mit dem scharfen Häkchen der Wundklammer angestochen und der Griff zugeschoben. So werden die beiden Gaumenbögen mit 2—3 Klammern fest zugenäht, während ein kleiner Tampon, auf den blutenden Mandelstumpf festgedrückt, mit eingenäht wird. Das Entfernen der Klammern geschieht mit demselben Instrument.

Der Mandelquetscher hat Korbform, die sich der Mandel anpasst, wenn man von aussen die Mandel fixirt.

Abbildungen erläutern die von der Firma B. B. Cassel (Frankfurt a. M.) fabricirten Instrumente. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

d. Diphtherie und Croup.

64) C. Fisher. **Differenzierung der Diphtheriebacillen von morphologisch ähnlichen Organismen. (Differentiation of the diphtheria bacillus from organisms morphologically similar.)** *Archiv of Ophthalmology. November 1909.*

Verf. kommt auf Grund sorgfältiger Untersuchungen zu dem Schluss, dass der Diphtheriebacillus nicht durch seine Morphologie und culturelles Verhalten allein sicher identificirt werden kann. Wahre Diphtheriebacillen bringen Dextrin stets innerhalb 48 Stunden zur Gährung, niemals Saccharose. Dies ist aber auch bei gewissen nicht-pathogenen Organismen der Fall, die dieselbe Morphologie haben. Von 13 unausgesuchten Stämmen, die das Dextrin zur Gährung brachten, waren 5 avirulent. Für die Praxis hat die Gährungsprobe darum nur geringen Werth, weil es nothwendig ist, die Bacillen in absoluter Reincultur zu bekommen. Das Thierexperiment ist also bisher die einzige wirklich zuverlässige Methode zur Identificirung der Diphtheriebacillen. Um die virulenten Diphtheroide auszuschliessen, ist es nöthig, auch ein mit Diphtherieantitoxin immunisirtes Meerschweinchen zu impfen.

EMIL MAYER.

65) **Oscar J. Schultz. Die Eigenschaften der gekörnten und gestreiften Form des Diphtheriebacillus in Culturen. (The properties of granular and barred formes of bacillus Diphtheria in cultures.)** *Journal Infectious Diseases. 26. Nooember 1909.*

Verf. beschreibt eine Form der Diphtheriebacillen, bei denen Körnchen und Streifen gleichzeitig vorkommen. Rein körnige Formen kommen ungefähr in der Hälfte aller Culturen vor, rein gestreifte Formen sind sehr selten.

EMIL MAYER.

66) **Valagussa. Ueber die Resistenz des Diphtheriebacillus gegenüber dem Austrocknen. (Sulla resistanza del bacillo difterico all'essiccamento).** *Rivista di Clinica Pediatrica. April 1909.*

Verf. hat constatiren können, dass Diphtheriebacillen, die völlig ausgetrocknet sind und jedes Nährbodens beraubt sind, über zwei Jahre lang am Leben bleiben können. Im zweiten Monat noch ist der Bacillus im Stande, sich auf verschiedenen Nährböden zu entwickeln und Meerschweinchen, denen er subcutan injicirt ist, zu tödten.

FINDER.

67) **J R. Simonds. Einige die Diphtherie betreffende durch Laboratoriumsuntersuchungen festgestellte Thatsachen. (Some facts concerning diphtheria revealad by laboratory examinations.)** *Journal Indiana State Medical Association. 15. Januar 1910.*

Aus den Ergebnissen der Laboratoriumsuntersuchungen zieht Verf. unter anderem den Schluss, dass alle Personen, in deren Rachenhöhle Diphtheriebacillen gefunden werden, so lange in Quarantaine gehalten werden sollen, bis jene verschwunden sind.

EMIL MAYER.

68) **C. Francioni. Neue Fragen über Serumtherapie bei Diphtherie. (Recenti questioni di sieroterapia antidifterica.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. August 1909.*

Verf. analysirt die neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Serumtherapie (Baginsky, Szontagh, F. Meyer, Gabriel, Morgenroth). Er macht darauf aufmerksam, dass an der Florentiner Kinderklinik schon seit langer Zeit in schweren Diphtheriefällen endovenöse Injectionen starker Serumdosen gemacht werden. Die Resultate waren jedoch nicht derartig, dass die Methode für die gewöhnliche Anwendung adoptirt wurde.

FINDER.

69) **F. M. Fernandez. Nichtspecifische Anwendung von Antidiphtherieserum. (Nonspecific uses of antidiphtheric serum.)** *N. Y. Medical Record. 6. November 1909*

Das Antidiphtherieserum stellt ein werthvolles Heilmittel bei mannigfachen allgemeinen und localen Infectionen dar; sein Anwendungsgebiet wird täglich grösser. Von den localen Erkrankungen, bei denen es angewandt wird, sei z. B. die suppurative Keratitis erwähnt, die, welches auch ihre Ursache sein mag, stets günstig durch die Serumbehandlung beeinflusst wird; Verf. führt auch einige andere Augenerkrankungen an, bei denen dasselbe der Fall ist. Von Allgemein-

erkrankungen werden erwähnt: Asthma, Pneumonie, Bronchopeumonie, Influenza, Pleuropneumonie. (! ! ! Red.) LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

70) **A. W. Myers. Congenitaler Larynxstridor infolge Vergrösserung der Thymus. (Congenital laryngeal stridor due to an enlarged thymus gland.)** *Archives Pediatrics. August 1908.*

Es lagen physikalische Zeichen für das Vorhandensein einer Thymusvergrösserung vor; unter Röntgenbehandlung verschwanden diese und gleichzeitig der Stridor. EMIL MAYER.

71) **Coll y Bofill** (Barcelona). **Stridulöse Athmung der Neugeborenen. (Respiracion stridulosa de los recien nacidos.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades de la gargenta etc. No. 13. 1908.*

Verf. berichtet über mehrere Fälle. Das Phänomen ist zurückzuführen auf eine Missbildung des Vestibulum laryngis oder auf eine Schwellung der tracheobronchialen Drüsen. TAPIA.

72) **A. D. Blackader. Inspiratorischer Stridor und Dyspnoe bei Kindern. (Inspiratory stridor and dyspnoe in infants.)** *N. Y. Medical Journal. 31. Juli 1909.*

Bericht über zwei Fälle. An der Hand der Literatur bespricht Verf. die heute meist angenommene Theorie von der mechanischen Entstehung des Stridor infolge einer Missbildung des Larynx, die als eine Uebertreibung des normalen infantilen Typus aufgefasst werden kann. LEFFERTS.

73) **W. Cheatam. Spasmen des Kehlkopfs. (Spams of the larynx.)** *The American Practicioner and News. August 1909.*

Bericht über einen eine junge Frau betreffenden Fall, in dem für die Spasmen als ätiologisches Moment ein beginnendes Aortenaneurysma oder Mediastinaltumor in Betracht kam. EMIL MAYER.

74) **Trumpp** (München). **Ueber eine anatomisch und klinisch bemerkenswerthe Anomalie des Laryngotrachealrohres mit kritischen Bemerkungen über die Aetiologie des Stridor laryngis congenitus.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 50. 1909.*

Bei einem an Unterleibstuberculose verstorbenen $1^1/_2$ jährigen Kinde fand sich eine fast völlige Aplasie des Ringknorpels und der beiden ersten Trachealknorpel. Auffallend ist, dass keine auf die bestehende Missbildung hindeutende Functionsanomalie des Kehlkopfes in vivo bestanden hatte.

Bezüglich des Stridor laryngis congenitus sieht Tr. in der Annahme einer angeborenen besonderen Schwäche der Postici eine ziemlich ungezwungene Deutung aller bisherigen Befunde am Lebenden und an der Leiche. SEIFERT.

75) **Rothschild** (Frankfurt a. M.). **Zur Aetiologie des Stridor inspiratorius congenitus.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 52. 1910.*

Ein $5^1/_2$ Wochen alter Säugling hatte an typischem inspiratorischen Stridor

gelitten, als dessen Ursache die Section eine vereiterte Retentionscyste im Innern des Kehlkopfes ergeben hat. Die Cyste dürfte zu der bei der Obduction gefundenen Grösse wohl erst infolge der Eiterung angewachsen sein. SEIFERT.

76) **Friedrich Erkes** (Wien). **Ueber einen Fall von narbigem Kehlkopfverschluss nach Intubation.** *Mit 2 Figuren. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 6. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines $2^1/_2$jährigen an Diphtherie erkrankten Kindes, das intubirt und secundär tracheotomirt wurde, sowie Bericht über den Autopsie- und histologischen Befund des vollständig narbigen Larynxverschlusses. HECHT.

77) **Emil Mayer. Kehlkopfstenose durch Intubation geheilt. (Stenosis of the larynx cured by intubation.)** *N. Y. Medical Record. 25. December 1909.*

Zwei von den mitgetheilten Fällen sind bereits früher publicirt worden. Der erste (Journal of the American Medical Association, 27. October 1900) betraf eine Stenose infolge einer Schussverletzung, der zweite eine solche infolge von Perichondritis nach Typhus.

Im dritten Fall handelt es sich um ein recidivirendes Granulom des Larynx: Patient wurde geheilt. Das vierwöchentliche Tragen einer Metalltube genügte, um der Granulationsbildung Einhalt zu thun. Verf. würdigt noch besonders die Vortheile der Rogers'schen Modification der Tuben für gewisse Fälle.

LEFFERTS.

78) **M. Gioseffi. Kehlkopfcomplication bei Infectionskrankheiten, speciell bei Scharlach. (Complicazioni laringee nelle malattie infettive con speciale riflesso alla scarlatina.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. April 1909.*

Verf. berichtet verschiedene Fälle von Larynxstenose, die secundär nach verschiedenen Infectionskrankheiten auftraten; er will zeigen, dass es nicht nur die Diphtherie ist, die solche Complicationen machen kann. Er führt Fälle von Larynxstenose nach Influenza, Erysipel, Pocken, Varicellen, infolge peritrachealer Abscesse durch Streptococceninfection, nach Seruminjectionen und besonders nach Scharlach an. FINDER.

79) **L. Franchi. Beitrag zur Casuistik der Kehlkopfverengerungen infolge Bildungsanomalie. (Contributo alla casuistica dei restring imenti della laringe per vizio di conformazione.)** *Giornale di medicina militare. September 1908.*

Bei einem jungen Soldaten fand sich ein Diaphragma zwischen den vorderen zwei Dritteln der Stimmbänder, das Verf. für congenital hält. Er beschreibt die Veränderungen in Form und Lage, die die Membran bei Inspiration und Exspiration eingeht und schildert die Störungen, die bei jeder körperlichen Anstrengung des Patienten zu Tage traten. FINDER

80) **Richard H. Johnston. Kehlkopfstenose. (Stenosis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 4. September 1909.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Kehlkopfstenose nach Intubation wegen Diphtherie. Da solche Patienten meist eine Canüle tragen, so hält er für die

leichteste Behandlungsart die Dilatation von unten nach oben. Bei diesem Verfahren besteht jedoch die Gefahr, einen falschen Weg zu machen. Besteht eine, wenn auch kleine Oeffnung im Kehlkopf, so wird eine Sonde diese wahrscheinlich finden und, ohne Schaden anzurichten, passiren. Doch soll man diese Behandlungsmethode nicht beginnen, ohne vorhergehende sorgfältige Untersuchung mittels directer Laryngoskopie. Auf Grund der so erlangten Kenntnisse kann man gleich zur Intubation schreiten, die bei incompleter Stenose die logische Methode ist. Handelt es sich um eine complete Stenose, so muss unter directer Laryngoskopie eine Oeffnung gemacht und diese dann mittels Intubation offen gehalten werden.

LEFFERTS.

81) **Cimenez** (Madrid). **Syphilitische Kehlkopfstenose. (Estenosis laringeas sifiliticas.)** *Boletin de Laringologia. Juni 1909.*

Verf. führt vier Fälle an, die die Unwirksamkeit der Hg-Behandlung bei solchen syphilitischen Affectionen beweisen, die mit Stenosenerscheinungen im Larynx einhergehen.

TAPIA.

82) **Aka. Luetische Stenose des Kehlkopfes. Dilatation auf natürlichem Wege. Heilung. (Sténose syphilitique du larynx.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 52. 1909.*

Nur der erste Fall betrifft eine luetische Stenose; im zweiten Falle handelt es sich um ein angeborenes Kehlkopfdiaphragma. In beiden Fällen wurde, nach Vorangehen der Tracheotomie, die Stenose mit Schrötter'schen Bolzen dilatirt und Heilung erzielt.

LAUTMANN.

83) **F. Lehnerdt. Zur Kenntniss der Narbenstricturen und Narbenverschlüsse nach Intubation.** *Dissert. Leipzig 1907.*

In den Jahren 1892—1905 zeigten unter 1539 Intubirten des Leipziger Kinderkrankenhauses 16, also 1 pCt. der Fälle, kürzere oder längere Zeit nach Sistirung der Intubation eine Narbenstenose. Von diesen 16 Fällen wurden 14 erst in den Jahren 1902—1905 beobachtet. Dieses häufigere Vorkommen von Stricturen in den letzten Jahren glaubt L. zum grossen Theil durch den Umstand erklären zu dürfen, dass in den letzten Jahren mehr nur die schweren Diphtheriekranken ins Spital geschickt und die leichten Fälle mit Seruminjectionen zu Hause behandelt werden; dementsprechend hat auch die Diphtheriemortalität im Leipziger Kinderkrankenhaus in den letzten Jahren wieder zugenommen (1905 21,3 pCt. Mortalität).

Die Krankengeschichten der 14 Fälle, die alle zuerst intubirt und dann noch tracheotomirt werden mussten, werden eingehend mitgetheilt. 12 mal handelte es sich um eine Strictur und 2 mal um einen vollständigen Narbenverschluss. Einer der zwei Narbenverschlüsse war keine typische Occlusion nach Intubation, sondern hat sich erst im Anschluss an die Laryngofissur entwickelt.

Fünf der 14 Fälle starben, zwei Stricturen und die zwei Atresien blieben ungeheilt; bei den übrigen fünf trat unter der Behandlung vollständige Heilung ein.

L. ist Freund der Intubation, aber nicht Anhänger der unbedingten Intubation; er empfiehlt bei Decubitus lieber rechtzeitig die secundäre Tracheotomie

vorzunehmen, als durch Dauerintubation tiefe Geschwüre und schwere Zerstörungen des Larynx zu setzen.

Die Behandlung der Stricturen bestand in Dilatation mit Sonden und Bougies und in systematischer Intubation. Bei den zwei Narbenverschlüssen wurde die Laryngofissur ohne Erfolg ausgeführt.

Nicht erwähnt wird in der fleissigen Arbeit der hohe Werth, den die Tracheoskopie zur Feststellung der Diagnose bei erschwertem Decanulement und dann bei der Stricturbehandlung leistet. Auch die Laryngostomie sollte Erwähnung finden.

OPPIKOFER.

84) **William K. Simpson. Fall von Larynxstenose beim Erwachsenen, erfolgreich mit Intubation behandelt; continuirliches Tragen der Tube vier Jahre lang. (Case of laryngeal stenosis in the adult successfully treated by intubation; continuous wearing of the tube for four years.)** *American Journal Surgery. April 1909.*

Die Tube wurde bis auf ein paar Tage continuirlich während 4 Jahre und 25 Tage getragen. Verf. zieht einen Vergleich zwischen Tube und Trachetomiecanüle, der zu Gunsten jener ausfällt; ferner erörtert er die Superiorität der Hartgummituben über die Metalltuben.

LEFFERTS.

85) **J. Neumann** (Berlin). **Die Behandlung der diphtherischen Larynxstenosen.** *Archiv f. Kinderheilkde. Bd. 51. 1909.*

In der vorliegenden Arbeit giebt N. einen Ueberblick über die Behandlungsergebnisse der diphtherischen Stenosen des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin für die Jahre 1901—1907. Aus der Darstellung der Todesfälle, die durch das Operationsverfahren bedingt sind, geht hervor, dass es bei der Tracheotomie zu einem grossen Theile Eiterungen sind, bei der Intubation Larynxulcera mit ihren Folgezuständen, Granulome, narbige Verengerungen, welche den üblen Ausgang herbeiführen. Deshalb ist die Aufmerksamkeit der Intubatoren jetzt ganz besonders der Behandlung des Decubitus zugewandt.

SEIFERT.

86) **J. Erdélyi** (Szeged, Ungarn). **Ueber retrograde Dilatation von Kehlkopfstenosen, welche nach Intubations-Decubitalgeschwüren entstanden sind.** *Orvosi Hetilap. No. 44. 1909.*

Zur Dilatation sind die biegsamen Metall-Hegarsonden verwendet worden. Da diese Sonden die Athmung behindern, können sie nur 5—10 Secunden lang liegen bleiben. Von 6 Fällen, welche auf diese Weise behandelt wurden, sind 4 vollständig geheilt, 2, wesentlich gebessert, stehen noch in Behandlung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

87) **Sargnon** und **Barlatier. Laryngostomie und verschiedene Methoden der Dilatation des Kehlkopfs von aussen. (Laryngostomy and various methods of dilatation of the Larynx from without.)** *N. Y. Medical Journal. 1909.*

Bericht über 18 Fälle, von denen drei tödtlich verliefen. Verff. wenden während der ersten Woche ausschliesslich Gazetampons an und führen die Tube erst

nach Ablauf der ersten Wochen ein. Sie ziehen vor, den Kehlkopf, wenn möglich, sofort mit der Haut zu vernähen, da dann sehr schnell Epidermisirung erfolgt. In den 15 am Leben gebliebenen Fällen war das Resultat gut bis auf einen, der eine an Lungentuberculose leidende junge Frau betraf.

LEFFERTS.

88) **Sargnon** und **Barlatier. Gegenwärtiger Stand der Laryngostomie. (Etat actuel de la laryngostomie.)** *Revue hebd. No. 37. 1909.*

Historische Uebersicht und vollständige Angabe der Literatur mit kurzen Analysen der veröffentlichten Fälle.

LAUTMANN.

89) **Szleifstein. Beitrag zur Laryngostomie. (Przypadek zwezenia krtani.)** *Medycyna. No. 27. 1909.*

Es handelt sich um einen Kranken, bei welchem Laryngostomie infolge von Larynxsklerom ausgeführt wurde. Zweck der Laryngostomie bildete eine nachträgliche, locale Behandlung. In der Discussion bemerkt A. v. Sokolowski, dass er, gestützt auf ein grösseres in seiner Abtheilung beobachtetes Material und nach Erprobung verschiedener Behandlungsmethoden, schliesslich in sämmtlichen seiner Zeit von ihm und von Kijowski veröffentlichten Fällen von Kehlkopfsklerom durch Laryngofissur mit nachträglicher Excision sämmtlicher sklerotischer Gewebe relativ die besten Resultate erzielt habe. In einem Falle, ebenfalls aus seiner Abtheilung, wo nach der Tracheotomie bedeutende Athemnoth bestand, entdeckte Erbrich mittels Bronchoskop in dem linken Hauptbronchus eine sklerotische Verdichtung und entfernte dieselbe operativ, wonach der Kranke frei zu athmen begann.

A. v. SOKOLOWSKI.

90) **L. Máchánszky** (Szeged, Ungarn). **Geheilter Fall von ringförmiger Tracheal- und Kehlkopfnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 41. 1909.*

Ein Mann hat sich mit dem Rasiermesser in der Höhe des Ringknorpels einen 12 cm langen Querschnitt beigebracht, die Halsmuskeln und beide Mm. sternocleidomastoidei eingeschnitten. Der Kehlkopf war fast ganz durchgeschnitten, nur hinten blieb bei der Speiseröhre eine 0,5 cm breite Brücke. Die ringförmige Naht ergab glatte Heilung, die Stimme blieb, da der linke untere Kehlkopfnerv verletzt war, heiser.

v. NAVRATIL-POLYAK.

91) **J. Tillgren. Traumatische Stenose der Trachea. Resection. Heilung.** *Hygiea. No. 4. April 1909.*

47 jähriger Mann wurde am 4. September 1907 wegen traumatischer Läsion der Luftröhre tracheotomirt; eine Stenose entwickelte sich um die Canüle, die man im Jahre 1908 zu entfernen suchte. Da der Kranke ohne die Canüle nicht athmen konnte, wurde sie am 12. August 1908 gegen eine T-Canüle vertauscht; zahlreiche Granulationen bildeten sich nach und nach um diese und im Jahre 1909 wurde die kranke Partie der Luftröhre durch eine ringförmige Resection entfernt. Nach 4 Wochen konnte der Patient als geheilt entlassen werden.

E. STANGENBERG.

92) **J. Tillgren. Bericht über 3 Fälle von syphilitischer Trachealstenose.** (Verhandlungen der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte.) *Hygiea. No. 4. April 1909.*

Die Kranken waren kürzere oder längere Zeit wegen Dyspnoe und Stridor ohne Larynxveränderungen im Krankenhause behandelt worden. Sie starben plötzlich und die Section ergab Narbenstricturen an der Bifurcation. (Die vollständigen Krankengeschichten sind in Hygiea, November 1909 publicirt.)

Demonstration eines Mannes mit Dyspnoe und Stridor, bei dem mehrere gummöse Anschwellungen in der Luftröhre tracheoskopisch diagnostioirt wurden.

E. STANGENBERG.

93) **H. Zwillinger** (Budapest). **Mittels Röntgenstrahlen geheilter Fall von skleromatöser Luftröhrenstenose.** *Orvosi Hetilap. No. 50. 1909.*

Die Stenose lag dem dritten Trachealring entsprechend. Die Bestrahlung wurde von aussen durch die intacte Haut und Muskeln gemacht. Nach 5 Wochen war schon objective und subjective Besserung nachweisbar. Jetzt ist die Athmung frei, die Infiltrationen schwanden, nur eine kleine Leiste ist noch sichtbar.

v. NAVRATIL-POLYAK.

f. Schilddrüse.

94) **C. Wegelin. Ueber das Stroma der normalen und pathologischen Schilddrüse.** *Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie. Bd. 4. H. 1. S. 147. 1910.*

Die Collagenfasern der Schilddrüse gehen in den intralobulären Septen in feine Fasern über, welche die Capillaren umspinnen und in ihren Eigenschaften echten Gitterfasern entsprechen. Die Längsfasern der Capillaren sind durch quere Fasern verbunden, welche zwischen den Follikeln hindurch verlaufen. An den Capillaren jugendlicher Schilddrüsen und mancher gutartiger Strumen kommen sehr feine Circulärfasern vor, welche ebenfalls dem Gitterfasertypus entsprechen. Eine Membrana propria ist in der normalen Schilddrüse nicht vorhanden, kommt jedoch in Strumen vor, namentlich bei hyaliner Entartung des Stromas.

J. KATZENSTEIN.

95) **Hugo Wiener** (Prag). **Ueber den Thyreoglobulingehalt der Schilddrüse nach experimentellen Eingriffen.** *Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakol. Bd. 61. Heft 4.*

Verf. experimentirte an 31 Hunden und kommt zu folgenden Resultaten:

Jedem Tiere kommt unter normalen Verhältnissen eine auf beiden Seiten fast gleiche Schilddrüsenmasse zu, beide Schilddrüsen besitzen einen fast gleichen, absoluten und daher auch procentischen Thyreoglobulingehalt und das Thyreoglobulin beider Schilddrüsen ist in gleichem Maasse jodhaltig.

Als Folge der Exstirpation der einen Schilddrüse kann eine vicariirende Hypertrophie der anderen angenommen werden. Jodnatriumdarreichung bewirkt in erster Linie eine Thyreoglobulinvermehrung (Hypersecretion) der Schilddrüse, in zweiter Linie vielleicht eine Unterdrückung der vicariirenden Hypertrophie (wenn

eine Drüse früher entfernt wurde), ja sogar wahrscheinlich eine Atrophie. Die Wirkung des Thyreoidins auf die Schilddrüse ist im Princip identisch, aber quantitativ viel geringer als die Wirkung anorganischer Jodverbindungen.

Vagusdurchschneidung und Exstirpation des Ganglion supremum sympathici gaben negative Resultate, dahingegen tritt nach Entfernung des Ganglion cervicale infimum sympathici Atrophie und gleichzeitig Abnahme des Thyreoglobulingehaltes der Schilddrüse der gleichen Seite ein.

Fast sämmtliche Krankheitserscheinungen beim Morbus Basedowii werden als von der Erkrankung der Schilddrüse und der durch sie bedingten Hyperthyreodie abhängig angenommen. Die Erkrankung der Schilddrüse wird als secundäre Erscheinung, bedingt durch eine abnorme Innervation der Schilddrüse infolge einer primären Erkrankung des Sympathicus oder seiner Ursprungsgebiete im Centralnervensystem aufgefasst.

SALZBURG.

96) **Bircher** (Aarau). **Experimenteller Beitrag zum Kropfherz.** *Med. Klinik. 10. 1910.*

Die experimentellen Untersuchungen zeigen, dass bei Ratten die experimentelle Erzeugung des Kropfherzens möglich ist. Bircher hält an dem Kropfherz als einer Krankheitsform sui generis fest und ist der Anschauung, dass einer strumigenen Noxe, die rein toxisch-chemischer Natur sein muss, ein direct schädigender Einfluss auf das Herz zuzuschreiben ist.

SEIFERT.

97) **Axel Werelius. Experimentelle Druckatrophie der Schilddrüse nebst kurzer Zusammenfassung unserer Kenntnisse über die Drüse. (Experimental pressure atrophy of the thyreoid with brief summary of knowledge of the gland.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

Verf. giebt eine Uebersicht über unsere Kenntnisse über Struma und Morbus Basedow. Erwähnt sei die Mittheilung, dass 43 pCt. oder mehr der Strassenhunde in Chicago Kropf haben.

LEFFERTS.

98) **Notiz des Herausgebers. Senilität und Schilddrüse. (Senility and thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 14. August 1909.*

Eine Besprechung der Arbeit von Léopold-Lévi (Journal de Médecine de Paris, No. 26, 1909), in der eine Parallele gezogen wird zwischen den Erscheinungen der Senilität und den Symptomen des Hyperthyreoidismus. Als „vorzeitige Senilität“ wird auch das Myxoedem aufgefasst.

LEFFERTS.

99) **Goris. Ein Fall prästernaler Struma. (Un cas de goitre présternal.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 20. 1909.*

G. stellt in der Belgischen Gesellschaft für Chirurgie am 27. März 1909 eine Kranke vor, welche er an einem Cystenkropf, der sich zwischen Haut und Sternum entwickelt hatte, operirt hatte; eine der Trachea adhärente verkalkte Schale hatte denselben verhindert, seine gewöhnliche Entwickelung nach dem vorderen Mediastinum hin zu nehmen.

BAYER.

100) **Wohrizek** (Prag). **Zur Röntgenbehandlung von Strumen.** *Prager med. Wochenschr. No. 51. 1909.*

Bericht über günstige Beeinflussung von Basedow- und parenchymatösen Strumen durch die Bestrahlung, die aber sehr vorsichtig dosirt vorzunehmen ist.

CHIARI.

101) **v. Eiselsberg** (Wien). **Zur Behandlung des Kropfes mit Röntgenstrahlen.** (Nach einem Vortrage auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1909.*

Bei der Operation von drei mit Röntgenstrahlen behandelten Kröpfen fiel die schwierigere Ablösung der tiefen Musculatur von der Vorderfläche der Kropfkapsel auf, welche durch entzündliche Infiltration infolge der Behandlung bedingt war. E. warnt sowohl vor dem planlosen Bestrahlen der Kröpfe als auch vor einer forcirten Cur mit Schilddrüsentabletten, namentlich in Fällen, die von vornherein solche Beschwerden darbieten, dass sie doch voraussichtlich zur Operation kommen.

CHIARI.

102) **Holzknecht. Röntgenbehandlung bei Strumen, insbesondere bei Morbus Basedowii.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 19. November 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Bericht über günstige Beeinflussung des Morbus Basedow durch die Radiotherapie. Abwehr der v. Eiselsberg vorgebrachten Bedenken gegen diese Art der Kropfbehandlung. [Vergl. v. Eiselsberg's Vortrag (Wien. klin. Wochenschr. 1909, No. 46).]

CHIARI.

103) **Schwarz** (Wien). **Zur Röntgenbehandlung des Kropfes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Als Leiter eines Röntgeninstitutes hat sich Sch. besonders mit diesem Thema beschäftigt und fasst seine Meinung dahin zusammen, dass bei Strumen keine Bestrahlung, sondern die Operation vorzunehmen sei, bei Morbus Basedowii aber zuerst Bestrahlung, dann eventuell eine Operation, bei schweren, stenosirenden Strumen mit Basedowerscheinungen zuerst ein operativer Eingriff und dann die Bestrahlung in Erwägung zu ziehen sei.

CHIARI.

104) **Wm. Carpenter Mc Carty. Die Reversionstheorie und Classification der Struma. (The reversion theory and classification of goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juli 1909.*

Die Struma kann als eine Rückkehr der Schilddrüse zu einer früher einmal ausgeübten Function aufgefasst werden. Hyperthyreoidismus ist eine Toxaemie — das Resultat der Resorption von Producten der Hyperactivität. Der Stimulus für die Hyperactivität kann derselbe sein, der die Schilddrüse bei dem Menschen der Vorzeit stimulirt hat, ebenso wie es für den Menschen der Jetztzeit normale Stimuli für Drüsenthätigkeit giebt. Der Stimulus kann in der Nahrung oder im Wasser vorhanden sein, gebildet durch irgend welchen Vorgang im Intestinum oder im Stoffwechsel, oder er mag in der Luft existiren.

Verf. unterscheidet: a) Struma cystica, b) Thyreoidea parenchymatosa hypertrophica, c) Thyreoidea cystica papillaris, d) Thyreoidea foetalis hypertrophica, e) Thyreoidea foetalis adenomatosa. Hyperthyreoidismus findet sich stets bei b und c und kann bei e vorkommen. EMIL MAYER.

105) **F. Brüning. Ueber Kropfblutungen.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 31. Heft 3. S. 614. 1910.*

Die Kropfblutungen erfolgen in das Kropfgewebe hinein oder in schon bestehende Cysten. Differentialdiagnostisch kann das Kropfasthma bedingt sein durch acuten Schleimhautkatarrh der Luftröhre, durch acute Entzündung des Kropfes, durch Kropfblutungen. Die Therapie der von schweren Störungen gefolgten Kropfblutungen sollte immer eine operative sein. J. KATZENSTEIN.

g. Oesophagus.

106) **George Dock. Verengerung der Speiseröhre. (Esophageal obstruction.)** *Journal American Medical Association. 22. August 1908.*

Verf. schildert die Aetiologie, das Symptomenbild und die Behandlungsmethoden bei Speiseröhrenverengerungen. EMIL MAYER.

107) **Max Einhorn. Die diätetische Behandlung der Speiseröhrenerweiterung. (A suggestion as to the dietetic treatment in dilatation of the Esophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juli 1908.*

Wenn bei Speiseröhrenerweiterung Flüssigkeiten nicht in den Magen gelangen, so kann dies durch zwei Gründe veranlasst werden. Erstens infolge von mangelnder Peristaltik der Speiseröhrenmuskel, zweitens durch hermetischen Verschluss im oberen oder unteren Theile des Oesophagus. Der Verschluss braucht nicht organischer Natur zu sein, und ist es auch gewöhnlich nicht. Bougies oder Sonden passiren ohne Schwierigkeit, jedoch können die Speiseröhrenwände so dicht aneinanderliegen oder so gefaltet sein, dass ein absolut luftdichter Verschluss besteht. Verf. hat ein in vorliegender Arbeit beschriebenes Drainagerohr construirt, mittelst dessen die geschilderten Schwierigkeiten behoben werden.

EMIL MAYER.

108) **L. von Rydygier. Beitrag zur Verblutung infolge von Perforation der Aorta durch einen in der Speiseröhre eingeklemmten Fremdkörper.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 30. 1909.*

Eine 56jährige Frau verschluckte ein spitzes Knochenstück. Schmerzen in der Höhe des 5. Rippenknorpels. Tags darauf Versuch der Oesophagoskopie in Seitenlage, bei welchem Versuche starker Husten und Blutauswurf auftrat. Unterbrechung der Oesophagoskopie, die Blutung wiederholt sich nach wenigen Minuten. Nach einer Stunde Exitus. Innere Verblutung infolge Durchbohrung der Aorta.

CHIARI.

109) **Ary Dos Santos. Fremdkörper im Oesophagus. (A propos d'un cas de corps étranger de l'oesophage.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 6. 1910.*

Nachdem Autor in der Einleitung seiner Ueberzeugung Ausdruck gegeben,

dass die Oesophagoskopie heute wohl von fast allen Specialisten ausgeübt wird, theilt er einen Fall von Fremdkörperextraction mit (Theil eines verschluckten Gebisses), der wohl ösophagoskopirt, aber mittels Oesophagotomie extrahirt worden ist. Ein schematisches Röntgenogramm begleitet den Text. LAUTMANN.

110) **Richard H. Johnson. Oesophagoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern. (Oesophagoscopy in the removal of foreign bodies.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. berichtet über zwei erfolgreiche Fälle; er zeigt an drei anderen, dass das Oesophagoskop auch grossen Werth hat, wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob ein Fremdkörper oder eine acute Entzündung vorliegt.

LEFFERTS.

111) **Bittner. Fremdkörper im Oesophagus.** (Aerzl. Verein in Brünn, Sitzung vom 7. April 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 29. 1909.*

Kleine metallische Pfeife aus dem oberen Abschnitt des Oesophagus mittelst Oesophagotomie entfernt. Heilung. HANSZEL.

112) **W. Sasse. Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre durch Oesophagotomie.** *Dissert. Leipzig 1907.*

S. giebt vorerst eine Uebersicht über die Literatur der Oesophagotomie und bespricht dann eine eigene Beobachtung: Gaumenplatte mit zwei oberen Schneidezähnen in 27 cm Tiefe; Entfernung durch Oesophagotomie. Pneumonie. Exitus. Eine Entfernung des Gebisses auf unblutigem Wege war nach Ansicht des Verf.'s „wegen des tiefen Sitzes und der festen Einkeilung“ ausgeschlossen.

OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **J. Broeckaert. Les paralysies recurrentielles.** Bruxelles. Hayez, rue de Louvain 112. 1909.

In seiner Monographie „Etude sur le nerf recurrent laryngé“ hat Broeckaert im Jahre 1903 eine erschöpfende Darstellung der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Recurrensfrage gegeben.

Die jetzt zur Besprechung stehende Monographie behandelt in 3 gesonderten Capiteln die literarischen Ergebnisse aus den letzten 6 Jahren, insbesondere auch die eigenen Untersuchungen des Autors. Letztere erfordern um so mehr eine Würdigung, weil die Recurrensfrage in einer der Semon'schen Anschauung widersprechenden Form gelöst werden soll.

In den ersten beiden Capiteln bespricht Broeckaert die Recurrensparalysen cerebralen und bulbären Ursprungs an Hand der experimentellen Ergebnisse und der klinischen Thatsachen, in dem dritten Capitel die Recurrensparalysen peripheren Ursprungs.

In dem ersten Capitel geht Verf. nach einem kurzen Hinweise auf die Arbeiten Ferrier's, Duret's, Munk's auf die Versuche Krause's ein, der als erster das

corticale Centrum für die Kehlkopfbewegungen an dem unteren und seitlichen Theile des Gyr. praecrucialis feststellen konnte. In gleicher Weise gedenkt er der Nachuntersuchungen der Krause'schen Angaben durch Semon und Horsley an Hund, Katze und Affe, sowie der von Mott, Russel, Klemperer, Onodi, Katzenstein, Ivanow und Broeckaert.

Ein besonderes und berechtigtes Interesse wendet er den Untersuchungen Masini's zu, welcher von jedem Krause'schen Centrum aus mittelst schwacher elektrischer Ströme einseitige Adductionsbewegung der gegenüberliegenden Stimmlippe erhielt. B. erörtert eingehend, wie von allen oben aufgeführten Nachuntersuchern der Krause'schen Ergebnisse die Masini'schen Funde nachgeprüft und für unrichtig befunden wurden, dass aber eine Aenderung in der Anschauung über die Masini'schen Arbeiten eintrat, als Katzenstein 1905 mittheilte, dass er bei unipolarer Reizung der Krause'schen Stelle ausschliesslich einseitige Adduction und zwar der entgegengesetzten Stimmlippe erhielt, in seltenen Fällen eine solche der gleichen Seite. Bei Reizung mit bipolaren Elektroden erhielt K. eine Bewegung der Stimmlippen auf beiden Seiten. Gleichzeitig fand K. ein zweites Centrum für die Bewegungen des Kehlkopfes in der zweiten Windung. Elektrische Reizung dieser Stelle ergab dieselben Resultate im Kehlkopf, wie die von der Krause'schen Stelle aus.

Diese Ergebnisse Katzenstein's wurden von Broeckaert nachgeprüft und in 3 Fällen gelang es ihm, von der Krause'schen Stelle aus eine Contraction der Stimmlippe der entgegengesetzten Seite zu erzielen; in 4 Fällen erhielt er eine stärkere Contraction auf der entgegengesetzten Seite. Auch eine Bestätigung des Kehlkopfcentrums in der zweiten Windung erbrachte die Nachprüfüng, natürlich mit der Einschränkung, dass die Krause'sche Stelle die Hauptstelle für die Kehlkopfbewegungen ist.

Ferner beschreibt Broeckaert die Untersuchungen Katzenstein's über die Lautgebungsstelle beim Hunde. Broeckaert schildert die beiden von K. gefundenen Athemstellen, die eine im Stirnhirn, die andere im Gyr. central. ant.; mit der ersteren ist das Niescentrum, mit der zweiten die Lautgebungsstelle verbunden. Diese letzten Versuche K.'s hat Broeckaert noch nicht nachgeprüft, dagegen sind sie von Grabower und O. Kalischer nachgeprüft und bestätigt (Sitzung der laryng. Gesellsch. zu Berlin vom 25. Febr. 1910).

Bezüglich der Exstirpation des Krause'schen Centrums bestätigt Broeckaert jetzt die Angabe Katzenstein's, dass die Exstirpation ohne Einfluss auf die Phonation ist; dass die Thiere eine kurze Zeit nach der Operation nicht bellen, sondern nur winseln, beruht darauf, dass sie nach dem schweren Eingriffe krank sind. Dagegen hat Broeckaert die von Katzenstein (und von M. Lewandowski [Ref.]) nach der Exstirpation der Krause'schen Stelle beobachteten Motilitätsstörungen der Stimmlippen, die sowohl bei der Adduction wie bei der Abduction bestehen, nicht beobachtet.

Die Angaben über das Onodi'sche Stimmcentrum glauben wir übergehen zu können, da sie in gleicher Weise von Klemperer und Grabower widerlegt worden sind.

Was nun die klinische Beobachtung von Recurrensparalysen cerebralen Ursprungs angeht, so theilt Broeckaert sie nach Lermoyez ein in solche mit Autopsie, aber ohne laryngoskopische Untersuchung, in solche mit laryngoskopischer Untersuchung, aber ohne Autopsie und schliesslich in solche mit laryngoskopischer Untersuchung und mit Autopsie.

1874 hat Lewin, später haben Gerhardt, Ziemssen, Schrötter die ersten Larynxparalysen cerebralen Ursprungs beschrieben, in denen die Stimmlippe in Cadaver- oder Medianstellung befunden wurde, später Garel, Cartaz, Bryson-Delavan, Grabower. Aus diesen klinischen Beobachtungen zieht Broeckaert folgende Schlüsse: Bei der Beantwortung der Frage nach der Gegend der Läsion ergiebt sich, dass beim Menschen der Sitz des corticalen Centrums sich am Fusse der dritten Stirnwindung und des unteren Theiles der aufsteigenden Frontalwindung befindet. Die cortico-bulbären Fasern, welche aus dem corticalen Larynxcentrum ausstrahlen, durchziehen die innere Kapsel im Niveau der äusseren Partie des Knies, indem sie in dem Kniebündel ein motorisches Bündel für den Larynx bilden, welches von dem Aphasiebündel und dem Hypoglossusbündel unabhängig ist.

Bei der Beantwortung der Frage, ob diese klinischen Ergebnisse mit den Lehren der Neuropathologie und den physiologischen Experimenten übereinstimmen, stellt Broeckaert zunächst fest, dass auch die ausgebreitetste Zerstörung der cerebralen Kehlkopfcentren beim Thiere eine Unbeweglichkeit der Stimmlippen nicht hervorruft, dass sie dagegen einen Verlust der freiwilligen Motilität der Larynxmuskeln nach sich zieht, ohne dass die reflectorische Motilität gestört ist. Er legt ferner dar, dass, wie jede Hirnhemisphäre vorherrschend die Motilität der Muskeln der entgegengesetzten Körperseite beeinflusst, so eine einseitige Läsion der Kehlkopfcentren auf die Bewegungen der contralateralen Stimmlippe einwirkt. Im Falle der Zerstörung der corticalen Kehlkopfcentren in beiden Hemisphären würden alle spontanen Bewegungen beider Stimmlippen unterdrückt sein. Da aber die reflectorische Lautgebung, die reflectorische Respiration und der Tonus der Dilatatoren durch die Bulbärcentren geregelt sind, so tritt kein Aufhören der Adductions- und Abductionsbewegungen der Stimmlippen ein. Dagegen kommt es zu Störungen der vocalen Accommodation, zu einer unvollständigen Adduction, wenigstens, wenn es sich nicht um reflectorische Schreie handelt.

In dem Capitel über die Recurrensparalysen bulbären Ursprungs behandelt Broeckaert zunächst die Versuche am Kaninchen, nach denen sich die Kehlkopfcentren im dorsalen Vaguskern befinden, der ventrale Kern (Nucleus ambiguus) mit der Kehlkopfinnervation nichts zu thun hat. Aus diesen Versuchen am Kaninchen lassen sich Schlüsse auf die entsprechenden Verhältnisse beim Menschen nicht ziehen. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen (Grabower's [Ref.]) haben aber endgültig dargelegt, dass der ventrale Kern, der Nucleus ambiguus, der Kehlkopfinnervation beim Menschen vorsteht.

Aus dem Studium der klinischen Geschichte der durch Bulbärläsionen hervorgerufenen Larynxparalysen ergiebt sich, dass in ihrem Verlaufe eine isolirte Lähmung der Erweiterer vorkommt. Bei der Tabes ist die Lähmung der Erweiterer die Lähmung par excellence. Die Lähmung kann aber auch eine totale sein. In

mehreren Fällen von Syringobulbie waren die Adductoren allein geschädigt, „eine Thatsache, die in auffallendem Widerspruche zum Semon'schen Gesetze steht."

Den Mechanismus der Stellung der Stimmlippen im Verlaufe der bulbären Affectionen deutet Broeckaert folgendermaassen: Entsprechend wie das bulbo-respiratorische Centrum zerstört wird, nehmen die Abductionsbewegungen der Stimmlippen mehr und mehr ab, die Adductionsbewegungen dagegen bleiben normal. Wenn die Läsion sich ausschliesslich auf das bulbo-phonatorische Centrum erstreckt, so entsteht je nach der Ausbreitung der Läsion eine Parese oder Paralyse der Schliessmuskeln. Ist das eine Centrum vollständig zerstört, so tritt eine Hyperaction des antagonistischen Centrums ein, die Stimmlippe steht entweder in der Medianstellung fest, wenn die Paralyse nur die Abductoren befallen hat, oder in einer extremen Abduction, wenn die Paralyse nur die Schliesser befallen hat.

Bevor Verf. in dem dritten Capitel an das Studium der Recurrensparalysen peripheren Ursprungs geht, bespricht er zunächst die Frage, ob der Recurrens ein motorischer oder gemischter Nerv ist. Er verweilt eingehend bei den einschlägigen Versuchen Réthi's, Katzenstein's, Schultz' und Dorendorf's und kommt für den Menschen nach eigenen Untersuchungen zu dem Schluss, dass der Recurrens ein gemischter Nerv ist.

Darauf bespricht Broeckaert das Rosenbach-Semon'sche Gesetz „nach dem bei allen organischen progressiven Paralysen der Kehlkopfnerven die Glottiserweiterer ausnahmslos zuerst oder selbst ausschliesslich erkranken." Broeckaert untersucht nun, ob die Semon'sche Ansicht durch die physiologischen Experimente und durch die pathologisch-anatomischen Thatsachen gestützt wird. Er bespricht den Krause'schen Umschnürungs-, den Fraenkel-Gad'schen Abkühlungsversuch, die Exstirpation des M. crico-arytaenoideus posticus nach Grossmann und Katzenstein-Kuttner sowie die Exstirpation des Posticus und Durchtrennung des Vagus unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens nach R. du Bois-Reymond und Katzenstein. Broeckaert stellt fest, dass das zweite Stadium der Recurrensparalyse durch den Krause'schen Versuch nicht geklärt wird, dass nach Exstirpation des Posticus die Stimmlippen ihre Abductions- und Adductionsbewegungen, wenn auch in geringerer Intensität beibehalten und dass nach Exstirpation des Posticus und Durchschneidung des Recurrens unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens die Stimmlippe in die Nähe der Medianstellung tritt und nur noch ganz unbeträchtliche Bewegungen macht. Den Fraenkel-Gad-schen Abkühlungsversuch deutet Broeckaert so, dass bei ihm allmählich die Bewegungen der Stimmlippe eingeschränkt werden, so dass nach einer Anzahl von Respirationsbewegungen die Stimmlippe die Cadaverstellung nicht mehr überschreitet. Aber bald werden die Stimmlippenbewegungen noch geringer, bis die Stimmlippe in der Medianstellung immobilisirt wird. Fährt man mit der Abkühlung noch weiter fort, so tritt die Stimmlippe in Cadaverstellung. Durch die Abkühlung des Recurrens werden also nach Broeckaert alle nervösen Fasern ergriffen und es wird durch sie also hindernd eingewirkt auf die „Impulse, die vom Centrum nach der Peripherie geschickt werden." Dass die Postici post

mortem schneller ihre Contractilität verlieren, als die anderen Kehlkopfmuskeln, beweist nach Broeckaert nicht, dass die Postici sich beim Lebenden in einem Zustande manifester Inferiorität befinden (auf die Untersuchungen Grabower's, dass die „nervösen Elemente im Posticus absolut und relativ geringer sind, als in jedem anderen versorgten Kehlkopfmuskel", geht Broeckaert mit keinem Worte ein [Ref.]). Nach Broeckaert ist dagegen die active Ueberanstrengung des Posticus, welche während der ruhigen Athmung das Offenbleiben der Glottis bedingt, die Ursache seines schnelleren Absterbens post mortem. Der Autor resummirt sich dahin, dass es unnöthig ist, sich auf die angebliche Vulnerabilität der Abductorfasern zu berufen, um den Abkühlungsversuch zu interpretiren, der nach seiner Meinung nicht zeigt, dass eine deutliche biologische Verschiedenheit der Recurrensfasern besteht.

In dem Capitel „Pathologisch-anatomische Thatsachen" bei den peripheren Recurrensparalysen beginnt Broeckaert damit, dass nach Recurrensdurchschneidung beim Kaninchen am schnellsten der M. thyreo-arytaenoideus externus degenerirt, auch bei anderen Thieren hat er dies Resultat erhalten.

Diese von ihm gefundene experimentelle Thatsache deutet Broeckaert wiederum dahin, dass eine grössere Vulnerabilität des Posticus nicht besteht, er giebt aber zu, dass die Durchschneidung des Recurrens beim Thiere nicht zu denselben Resultaten zu führen braucht, wie die langsam verlaufende Compression des Recurrens beim Menschen. Broeckaert hat nun die pathologisch-anatomischen Ergebnisse bei der menschlichen Recurrensparalyse sorgfältig studirt und führt vier eigene Fälle an, bei denen eine einfache Atrophie in demselben oder beinahe demselben Grade alle Kehlkopfmuskeln befällt. Besonders eingehend bespricht er einen Fall Jörgen Möller's, bei dem eine „ausgesprochene, wenn auch nicht ganz complete Degeneration der ganzen Musculatur der entsprechenden Kehlkopfseite gefunden wurde." Aus diesen pathologisch-anatomischen Befunden, die Broeckaert im Einzelnen bespricht, zieht er wiederum den folgenden Schluss, dass aus keiner Beobachtung hervorgeht, dass bestimmte im Recurrens verlaufende Nervenfasern fragiler, vulnerabler sind, als die anderen; die angenommene Vulnerabilität der Erweitererfasern besteht also nach Broeckaert nicht.

In dem letzten Capitel: „Klinische Thatsachen bei der peripheren Recurrensparalyse" bespricht Verf. die bekannten drei Stadien. In dem zweiten Stadium sieht Broeckaert die Medianstellung als Folge einer Contractur an, die durch eine directe periphere Reizung des Nervenstammes oder durch eine reflektorische Reizung bedingt ist.

Ich habe mich bemüht, in objectiver Weise die Auffassungen Broeckaert's über die Entstehung der cerebralen und peripheren Recurrensparalysen, die von den meinigen durchaus abweichen, wiederzugeben, weil ein Eingehen auf die vielen controversen Punkte im Rahmen eines Referates nicht möglich ist.

J. Katzenstein.

b) **Fein** (Wien). **Rhino- und laryngologische Winke für practische Aerzte.** Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1910.

Das kleine mit 40 Textabbildungen und 2 Tafeln ausgestattete Buch bringt

in kurzer Fassung alles, was der practische mit der Untersuchungs- und Behandlungstechnik nicht vertraute Arzt auf dem Gebiete der Rhino-Laryngologie braucht, ohne zu sehr auf die rein fachärztlichen Gegenstände einzugehen.

Seifert (Würzburg).

c) **Francis R. Packard** M. D. (Philadelphia). **Text book of diseases of the nose, throat and ear. For the use of students and general practicioners.** J. B. Lippencott & Co., Publishers Philadelphia-London.

Zwei Drittel des Inhalts sind den Erkrankungen von Hals und Nase gewidmet; dieser Theil umfasst 21 Capitel, von denen 16 der Nase und ihren Nebenhöhlen eingeräumt sind. Zwei Capitel — nämlich das über die syphilitischen Erkrankungen und das über Fremdkörper — behandeln Nase und Hals gemeinsam. Ein Capitel ist der Influenza gewidmet, während in einem anderen die Augenkrankheiten abgehandelt werden, die mit pathologischen Zuständen der Nase und ihrer Nebenhöhlen zusammenhängen.

Wir vermissen die Erwähnung des Orthoforms bei den verschiedenen Formen der Dysphagie.

Packard hat gefunden, dass Aethylchlorid bei der Vorbereitung von Hals- und Nasenoperationen eine Rigidität des Kiefers hervorruft, die bisweilen noch anhält, nachdem Aether gegeben worden ist.

Er sagt, dass man bei Operation von Tonsillen und Adenoiden stets auf die Tracheotomie vorbereitet sein muss, da eine excidirte Tonsille oder ein Stück der adenoiden Vegetationen in die Trachea fallen kann. Verf. weist eindringlich auf die Gefahren der Anwendung von Nebennierenextract bei diesen Operationen hin; ferner macht er darauf aufmerksam, dass bei acuten Entzündungen jede Operation aufgeschoben werden muss.

Cocain soll von Heufieberkranken wegen der Gefahr der Angewöhnung nicht genommen werden; Verf. hat 5 Patienten gesehen, die auf diese Weise Cocainisten geworden waren.

Die partielle Excision der Muscheln mit nachfolgender Naht wird nicht erwähnt.

Das Capitel über Nebenhöhlenerkrankungen ist sehr kurz; wir denken, es hätte es ihm etwas mehr Platz eingeräumt werden können.

Die Operation der Tonsillectomie wird besser unter Localanästhesie gemacht; wird allgemeine Narkose angewandt, so ist es am besten, Aether zu nehmen.

Für Operation der adenoiden Vegetationen, die seiner Meinung nach übrigens recidiviren können, wenn sie in früher Kindheit operirt werden, benutzt Verf. zuerst die Zange, mit der er ein möglichst grosses Stück entfernt, und benutzt dann die Curette. Referent würde den umgekehrten Weg vorziehen.

Bei der Erwähnung der Vincent'schen Angina wird die Aehnlichkeit mit syphilitischen Geschwüren nicht erwähnt, obwohl diese grösser ist als die mit Diphtherie, deren Erwähnung gethan wird.

Das Buch will vor allen Dingen ein practisches sein und ist als solches zu empfehlen. Das Capitel über Heilmittel und ihre Anwendung ist voll guter Rath-

schläge und zeugt von der grossen Erfahrung des Verfassers, so dass man wünschen möchte, er hätte dem practischen Theil mehr Raum gewidmet.

Emil Mayer.

---

d) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 27. Januar 1909.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. A. v. Irsai: Geheilter Fall einer Septumgeschwulst.

Patient, bei dem eine luetische Infection nicht nachweisbar ist, hat eine exulcerirte Geschwulst am Septum, deren Aeusseres, wie die histologische Untersuchung und der Lungenbefund ergiebt (Ophthalmoreaction negativ), für Tuberculose spricht. Nach Jodkali Heilung.

Onodi: Auf Grund histologischer Befunde ist ein Irrthum nicht ausgeschlossen. In einem Falle war der Befund Carcinom, später ergab sich Tuberculose.

Donogány hält den Fall für Lues; einer seiner Fälle, der 4mal für Tubersulose befunden wurde, heilte auf Jodkali.

v. Irsai hält den Fall für eine Mischinfection.

2. H. Zwillinger: Neubildung in der Luftröhre.

Patient, 27 Jahre alt, klagt über immer zunehmende Athembeschwerden. Dem 3. Trachealknorpel entsprechend eine den grössten Theil des Tracheallumens einnehmende, blassrothe, glatte Geschwulst. Lues, Tuberculose ausgeschlossen. Diaphanoskopie, Mignonlampe ergeben negative Resultate. Vortragender hält die Geschwulst für Sklerom und wird die von Rydygier empfohlenen X-Strahlen anwenden.

v. Irsai hält den Fall für Sklerom und erhofft von der Röntgen- und Radiumbehandlung Erfolg.

D. v. Navratil: Vom Standpunkt einer präcisen Diagnose empfiehlt sich Probeexcision, jedoch nur nach der Tracheotomie.

Zwillinger: Sollte die Röntgenbehandlung den Erwartungen nicht entsprechen, müsste die Tracheotomie und die Entfernung des Tumors vorgenommen werden.

Kornél Láng: Operirter und geheilter Fall eines mit Nekrose complicirten Empyems des Sinus frontalis, maxillaris und ethmoidalis.

II. Sitzung vom 25. Mai 1909.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. Karl Morelli: Sarkom der Tonsille.

Rechte Tonsille nussgross, nicht ulcerirte, höckerige Geschwulst. Am Halse harter, faustgrosser Tumor. Histologischer Befund: Rundzellensarkom. Injection

von 1 : 100000 bis 1 : 400 Schmidt'schem Antimenistem; insgesammt 43 Injectionen. Abnahme der Geschwulst von innen wie von aussen auf ein Drittel. Injectionen werden fortgesetzt.

2. Zoltán v. Lénárt: Papillärkrebs der Nasenhöhle.

Bei der 70 Jahre alten Patientin ist die Nase seit Monaten ganz verstopft, häufiges Nasenbluten, Kopfweh, Hörvermögen eingebüsst. Nase difform, Nasenraum von papillomartiger Geschwulst ausgefüllt. Histologische Untersuchung: Cylinderepithelkrebs. Die mit grosser Blutung begleitete Operation beschränkte sich auf Excochleation der Geschwulst. Nach derselben constatirte Verf. den completen Defect des Septums. Bedeutende Erleichterung nach der Operation, welche 4 bis 5 Wochen andauerte, jetzt ist der Status quo ante operationem. Verf. hält in ähnlichen Fällen die Excochleation wegen Erleichterung für angezeigt.

3. Zoltán v. Lénárt: Fall von Nasenstein.

14jähriges Mädchen. Seit Jahren heftige Schmerzen in der Nasenwurzel. Rechte Nasenhälfte hervorgewölbt, im mittleren Nasengang dunkel gefärbtes Gebilde sichtbar, Umgebung geschwellt, Sonde stösst auf Fremdkörper. Patientin erinnert sich, vor 4 Jahren eine Glasperle in die Nase gesteckt zu haben. Tonogen, Cocainanästhesie. Mittelst Kornzange Entfernung eines spitzigen, harten Steines; Verschwinden der Schmerzen und normale Nasenathmung.

Discussion:

Láng hatte 3 Fälle von Nasencarcinom, welche trotz sogen. radicaler Operation nach 3—4 Wochen recidivirten.

Morelli hat 2 Fälle operirt, beide recidivirten bald. Vor Jahren hatte er einen Nasenstein entfernt, welcher epileptische Anfälle verursachte. Nach Entfernung des Steines Aufhören der Epilepsie.

D. v. Navratil operirte vor zwei Jahren ein kleines circumscriptes Carcinom am rechten Septum, welches bis heute nicht recidivirte.

4. Kornél Láng: Einfache radicale Operation des solitären Choanalpolypen, mit Demonstration eines entsprechenden Instrumentes.

E. v. Navratil.

---

e) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 23. September 1909.

Versitzender: L. Flodqvist.

G. Holmgren berichtete über 3 Fälle von Papilloma laryngis bei 1 bis 8jährigen Kindern, sämmtlich mit gutem Erfolge und ohne Recidiv operirt (nach Laryngofissur). Alle 3 Fälle kamen zur Behandlung mit schweren Respirationsstörungen (Cyanose, Stridor und respiratorischen Einziehungen) und mit deutlicher Bronchitis. Die Geschwülste wurden mit der Pincette entfernt und die Wunde galvanokauterisirt. In allen Fällen musste die Tracheotomie gemacht werden.

Sitzung vom 28. October 1909.

Vorsitzender: C. B. Lagerlöf.

A. Larsson demonstrirt einen Fall von Cancer des Sinus sphenoidalis bei einem Mann in mittleren Jahren.

G. Holmgren demonstrirt einen 40jährigen Mann, der seit 4 Monaten wegen Cancer laryngis operirt war. Der nussgrosse ulcerirte Tumor betraf die linke Arygegend und wurde nach Tracheotomie und Laryngofissur excidirt. Noch kein Recidiv.

Aus Anlass dieses Falles berichtete Arnoldson über einen Fall von Stimmbandcancroid, nach Laryngofissur excidirt.

G. Holmgren stellte eine Frau (Hökerin) in mittleren Jahren vor, die wegen hochgradiger Laryngitis nodosa intralaryngeal operirt worden war. Bei der Untersuchung sah man auf beiden Stimmbändern durchscheinende lippenähnliche Bildungen, deren Basis mehr als die halbe Länge des Stimmbandes bedeckte; die mikroskopische Untersuchung zeigte Fibrom,

Sitzung vom 27. November 1909 (zweite Jahresversammlung).

Vorsitzender: E. Stangenberg.

E. Stangenberg demonstrirt einen Fall von linksseitiger Posticuslähmung bei einer 23jährigen Frau mit unbekannter Aetiologie und berichtet über einen ähnlichen rechtsseitigen Fall bei einem 74jährigen und einen zweiten linksseitigen bei einem 33jährigen Mann mit hochgradigen tuberculösen Veränderungen der linken Lunge; der erste Fall ist jetzt nach Hg-Behandlung geheilt.

E. Stangenberg demonstrirt einen Fall von eigenthümlichem ulcerösen Process der hinteren Pharynxwand bei einer 33jährigen Frau. Heilung nach Hg-Behandlung.

N. Arnoldson zeigt einen Fall von hereditärer Lues im Pharynx und gummöser Periostitis in der Nase bei einem 12jährigen Knaben und berichtet über einen Fall von luetischer Ulceration im Pharynx.

N. Arnoldson demonstrirt einen Fall von Cancer des rechten Oberkiefers bei einer 69jährigen Frau.

G. Holmgren zeigt einen schon früher demonstrirten Fall von endolaryngeal operirter Larynxtuberculose; vor $^{3}/_{4}$ Jahren wurden die stark infiltrirten und ulcerirten vorderen zwei Drittel des Taschenbandes mit der Curette entfernt; seitdem haben sich die Lungenveränderungen schnell verschlimmert, der Larynx aber ist unverändert geblieben.

E. Vikner berichtet über seine Untersuchungen von 27 Fällen von adenoiden Vegetationen mit Rücksicht auf ihren Gehalt an Tuberkelbacillen. (Wird nach dem Druck näher berichtet.)

Th. Hellström: Vortrag über Peritonsillitis und Diphtherie. (Wird nach dem Druck näher berichtet.) E. Stangenberg.

---

f) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 9. Juni 1908.

Guisez: Epitheliom der linken Nasenhöhle.

Der Tumor sass der inneren Wand des Sinus maxillaris auf; er füllte die linke Nasenhöhle aus und konnte schon gesehen werden, wenn man einfach den Nasenflügel anhob. Die Patientin hatte keinerlei Beschwerden ausser der Nasenverstopfung. Operation nach Faure-Moure; Resection des Nasenbeins und des aufsteigenden Oberkieferastes. Jetzt — drei Monate nach der Operation — völlige Heilung.

Castex hat vor 2 Monaten einen analogen Fall bei einer 40 jährigen Frau operirt. Das Resultat ist bisher ausgezeichnet.

Guisez: Zwei Fälle von directer Laryngoskopie und Tracheoskopie.

1. Kind mit multiplen Papillomen mittels directer Laryngoskopie operirt. Die Diagnose war mittels des röhrenförmigen Spatels gestellt worden. Die Athmung ist jetzt frei und eine erneute Untersuchung hat ergeben, dass im Larynx keine Papillome mehr vorhanden sind.

2. 46 jährige Frau, die eine angeborene doppelte Klappe in der Trachea hat. Als sie ein 5 jähriges Kind war, hatte die Tracheotomie gemacht werden müssen. In der letzten Zeit waren Anfälle von Athemnoth aufgetreten. Die vor einem Monat vorgenommene tracheoskopische Untersuchung zeigte an der linken Trachealwand eine Art von breiter Klappe; an der hinteren Wand bestand ein Wulst, eine Art Hernie der Wand. Es wurde mittels des Oesophagotoms die Klappe an der linken Seite unter Leitung des Auges durchtrennt und dann mit Bougies dilatirt. Zur Zeit ist das Lumen der Trachea fast normal und jede Dyspnoe ist verschwunden.

Luc: Epitheliom der linken Stimmlippe. Laryngofissur ohne Tracheotomie nur mit Lokalanästhesie.

54 jähriger Mann. 10 Tage nach der Operation bildete sich ein prälaryngealer Abscess, der sich in Höhe der Hautnarbe öffnete und ebenso nach innen in Höhe der Incisura thyreoidea. Trotz breiter Eröffnung des Eiterherdes mit nachfolgender Tamponade, besteht jetzt — nach 14 Tagen — noch eine Fistel, die auf nackten Knorpel führt. Es handelte sich um eine Chondritis des Schildknorpels. Das linke operirte Stimmband ist vernarbt.

Georges Laurens pflegt während der ersten Tage ein Drain einzulegen.

Castex incidirt den Ringknorpel nicht, denn dadurch wird das Klaffen des Kehlkopfs vermehrt. Er verwendet für die Abtragung des Tumors gebogene Scheeren. Er legt stets ein Drain vertikal in die prälaryngealen Weichtheile, das am 4. oder 5. Tage entfernt wird.

Luc: Chronisches Stirnhöhlenempyem; consecutive Stirnfistel; Resection der hinteren Höhlenwand, hinter der ein subduraler Abscess sitzt.

16 jähriger junger Mann, der in der Provinz wegen eines chronischen Stirnhöhlenempyems operirt war und eine Fistel zurückbehalten hatte. Man fand einen

Sequester der Hinterwand, unter dem ein extraduraler Abscess sass. Alle suspecten Knochenteile wurden sorgfältig resecirt; trotz breiter nasofrontaler Communication kam keine Intentio per primam zu Stande. In einem zweiten Eingriff resecirte Luc die ganze Dicke der inficirten Weichtheile, applicirte den Lappen auf die neu gebildete Knochenoberfläche und liess die Wunde in ihrem unteren Theil offen. Auf diese Weise war keine Höhle mehr vorhanden und es blieb nur da, wo die Wunde nicht geschlossen war, eine kleine kaum eiternde Fläche zurück.

Luc: Acute Stirnhöhlen-Siebbein-Oberkieferhöhleneiterung.

Es handelte sich um ein 11 jähriges Mädchen, bei dem nach Masern eine Eiterung in Stirnhöhle, Siebbein und Oberkieferhöhle auftrat, die bereits zu einem subperiostalen Abscess am aufsteigenden Oberkieferast geführt hatte. In einer Sitzung wurde die Stirnhöhle eröffnet, eine breite Communication mit dem Siebbein hergestellt, welches ganz mit Eiter erfüllt war und die Oberkieferhöhle nach Caldwell-Luc eröffnet. Dann 8 Tage lang feuchte Verbände, 14 Tage nach der Operation secundäre Wundnaht. Narbe ohne Defiguration.

Pasquier: Ein Fall von tuberculöser subglottischer Perichondritis.

38 jährige Frau mit vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberculose, bei der vor den ersten Trachealringen sich eine hühnereigrosse fluctuirende Geschwulst gebildet hatte. Bei der Punction dieses Tumors erhielt man dicken gelblichen Eiter. Einige Wochen später öffnete sich der Abscess spontan in die Trachea. Momentan besteht eine intratracheale Fistel, durch die sich Eiter in die Trachea entleert.

Sitzung vom 10. Juli 1908.

Koenig: Doppelseitiger symmetrischer und harter Tumor des Nasenbodens. Cysten oder Osteome?

Der Tumor ist jederseits kirschgross und füllt die unteren Nasengänge völlig aus, berührt das Septum und dislocirt die unteren Muscheln nach oben. Er ist blass, regelmässig und auf beiden Seiten gleich. Die Durchleuchtung spricht für Kiefercysten.

Monnier hat einen ähnlichen Fall vor 8—10 Jahren operiren lassen. Es musste eine Resection beider Oberkiefer gemacht werden, um den Tumor, den kein Instrument durchschneiden konnte, zu entfernen.

Sitzung vom 13. November 1908.

Chaput: Vollständige Resection des Siebbeins wegen eines malignen Tumors der Nasenhöhle.

40 jähriger Mann, dem das Siebbein resecirt wurde, nachdem die Nase vollkommen in die Höhe geklappt war. Oberkieferhöhlen, Stirnhöhlen und Keilbeinhöhlen wurden eröffnet und ausgekratzt. Am Ende der Operation lag die Dura in grosser Ausdehnung frei zu Tage. Die Heilung wurde durch einen Zwischenfall unterbrochen: am 10. Tage traten epileptiforme Krämpfe und Delirien, wahrscheinlich in Folge meningealer Reizung auf.

Castex: Versprengte Mandeln.

Bei einer 26 jährigen Frau sass die linke Tonsille hinter dem hinteren Gaumenbogen. Bei einer 23 jährigen Patientin hat er jederseits nahe der Mündung der Tuba Eustachii eine Masse adenoiden Gewebes von der Grösse einer Tonsille gesehen.

Cauzard: Modificationen in der Technik der Luc'schen Sinusoperationen.

C. erhält die untere Muschel bei der Oberkieferhöhlenoperation.

Für die Trepanation der Stirnhöhle macht er eine L-förmige Oeffnung, deren vertikaler Schenkel auf dem Orbitalfortsatz des Stirnbeins nach unten geht, während der horizontale über dem Orbitalrand verläuft.

Luc meint, dass Cauzard die Art, wie die Stirnhöhle eröffnet wird, nicht genau wiedergegeben hat. Man muss zuerst die Höhle da aufsuchen, wo sie sich stets findet, nämlich unter dem äusseren Ende des Orbitalbogens. Von da aus wird die Knochenöffnung soweit ausgedehnt, wie sich die Höhle erstreckt. Stets müssen die vorderen Siebbeinzellen mit ausgeräumt werden.

Gaudier (Lille): Kieferresection wegen Tumors des Sinus.

G. demonstrirt eine Mischgeschwulst von epithelialem Typus aus der rechten Oberkieferhöhle eines 50 jährigen Mannes. Man hatte zuerst an ein Empyem gedacht; es musste aber schliesslich die Oberkieferresection gemacht werden. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

Gaudier: Grosser Kehlkopfpolyp bei einem Kinde.

Der Tumor war haselnussgross und wurde mittels Laryngofissur entfernt. Es handelte sich um ein dem rechten Taschenbande aufsitzendes Fibrom.

Robert Leroux: Ein Morcelleur für die Tonsillen.

Demonstration eines Instruments, das in der Presse Médicale vom 3. Juni 1908 beschrieben ist.

Sitzung vom 11. December 1908.

Robert Foy: Apparat zur Gewöhnung an die Nasenathmung.

Der Apparat ist in den Fällen angezeigt, wo bei nasaler Insufficienz die Athemübungen versagen. Er besteht aus zwei Nasenoliven, die eine doppelte Communication haben, eine mit einem regulirbaren Luftbehälter, eine mit der Aussenluft in Verbindung stehend. Es besteht keine Gefahr für das Mittelohr und F. zählt noch eine Reihe anderer Vortheile der Apparate auf.

Georges Laurens: Fulguration und Laryngotomie bei Kehlkopfkrebs.

L. hat vor 3 Wochen 2 Fälle operirt; es handelte sich beide Male um Krebs der Stimmlippen. Nach Eröffnung des Larynx wurden die Schildknorpelplatten auseinander gezogen und nach vorhergehender Cocainisirung des Larynxinnern drei Minuten lang die Oberfläche der Geschwulst und deren Nachbarschaft nach

der Technik von Keating-Hart fulgurisirt. Dann Vereinigung der Schildknorpelplatten durch Naht der prälaryngealen Muskeln und Einlegen einer Trachealcanüle. Die unmittelbaren Folgen waren nach der täglich vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung: Das Oedem war sehr gering, so dass am 2. resp. 3. Tag die Canüle entfernt werden konnte; es trat eine intensive erythematöse Laryngitis der Glottis und der Interarytaenoidalgegend auf; ein fibrinöser, pseudomembranöser, grauer Schorf wurde am 4. resp. 6. Tage durch die Trachealöffnung ausgestossen; es bestand eine Hypersecretion aus der Trachea; bei einem der Operirten wurde das gesunde Stimmband fast zerstört, so dass es am 21. Tage zu einem dünnen, rothen Streifen reducirt war. Die Kranken wurden nach 14 Tagen entlassen und nahmen am 17. Tage ihren Beruf auf.

In Bezug auf die Technik legt L. auf folgende Punkte Gewicht: Vermeidung aller Metalltheile; er hat zu diesem Zweck eine Glascanüle machen lassen; Anwendung von Mundsperrern aus Glas zum Offenhalten des Larynx; tiefe Chloroformnarkose; secundäre Cocainanästhesie, um die cardio-respiratorischen Reflexe auszuschalten; Schutz der gesunden Larynxhälfte durch Gazecompressen; Anwendung von Glaselektroden geeigneten Calibers.

Castex: Krankenvorstellungen.

1. Pseudopapillome des Kehlkopfs; es handelt sich um Tuberculose.

2. 60 jähriger Mann mit einem Geschwür der Epiglottis, das den Eindruck des Carcinoms macht. Jedoch lässt der Zustand der Lungen an Tuberculose denken.

Cartaz.

---

g) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Glas stellt einen Patienten vor, bei welchem es im Anschluss an eine Kieferhöhleneiterung zu schweren pyämischen Erscheinungen, Nekrose der ganzen facialen Wand und aussergewöhnlich profusen Blutungen aus der nekrotischen Wangenmusculatur gekommen ist. Luc-Caldwell brachte Heilung.

Zu diesem Falle sprachen Hajek und Fein, die gegen die Auffassung einer Antritis perforans in diesem Falle sich wandten, und Kahler, welcher warnt, die nasale Oeffnung bei Luc-Caldwell hinten anzulegen wegen der Gefahr der starken Blutung.

2. Glas: Frau mit Geschwüren an der rechten Wangenschleimhaut und der Gingiva, die früher auch das Bild einer Angina ulcero-membranacea Vincent gezeigt hatte. Das jetzt gehäufte Auftreten dieser Erkrankung sei beachtenswerth.

3. Glas: Hinteres Uranocolobom mit sehr grossen hinteren Muschelenden.

Fein erinnert daran, dass solche Hyperplasien bei Uranocolobomen schon

in der frühesten Kindheit auftreten, also nicht, wie Glas meint, auf Entzündungsvorgänge zurückzuführen sind.

4. Kahler: a) 50jähriger Mann mit lymphatischer Leukämie mit Infiltration im Nasenrachenraum und Kehlkopf. Demonstration der ersteren mittelst des Hay'schen Pharyngoskops.

b) Ueberbeweglichkeit der Zunge. Patient erlernte es, die infolge seines trockenen Katarrhs im Nasenrachen sich bildenden Krusten mit der Zunge zu entfernen.

Chiari sah schon mehrere solche Fälle.

c) K. demonstrirt mit dem Hay'schen Pharyngoskop eine retronasale Membran.

d) K. stellt einen von Marschik nach Gluck (Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinom) operirten Patienten vor, bei dem jetzt Sprechübungen angestellt werden.

5. Braun demonstrirt einen Fall von pharyngo-ösophagealem Pulsionsdivertikel. Ueberlegenheit der radiologischen Diagnose gegenüber den ösophagoskopischen in den Fällen von Divertikelbildung.

Sitzung vom 3. December 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Hütter spricht an der Hand eines Falles von Ostitis fibrosa beider Oberkieferknochen, speciell des rechten mit consecutiver völliger Verlegung der rechten Nasenseite (Demonstration der mikroskopischen Präparate). Hierzu theilen Kahler, Hajek uud Réthi von ihnen beobachtete ähnliche Fälle mit.

2. Hütter stellt einen Patienten vor, bei welchem eine Zahncyste die Kieferhöhle vollständig ausfüllte, nach allen drei Richtungen, besonders aber nasalwärts stark ausbauchte, und ferner einen Fall, in welchem eine ebensolche Cyste keine rhinoskopisch erkennbare Beziehung zur Nasenhöhle darbot. Breite Excision der Vorderwand, Oeffnung gegen die Nase, Verschluss der facialen Schleimhaut.

3. Menzel: Es handelt sich um eine Frau, welche seit einem Jahre an dysphagischen Beschwerden leidet. Laryngoskopisch sieht man eine diffuse, blasse Schwellung beider, aber namentlich des linken Aryknorpels an seiner hinteren Fläche von über Daumendicke. Das Vorhandensein einer Struma parenchymatosa, sowie der günstige Einfluss einer Jod-Thyreoidintherapie auch auf den Larynxtumor lässt M. an eine Nebenschilddrüse im Kehlkopf denken, welche Diagnose allerdings erst histologisch sicherzustellen wäre. Endolaryngeale Operation mit der Schlinge in eventuelle Aussicht genommen, wogegen Glas, Réthi und Weil sich aussprechen.

4. Menzel: Chronischer Pemphigus, ausschliesslich an der Mundschleimhaut, ein Jahr lang beobachtet.

Die Diagnose wird nach dem jetzigen Bild von Glas, Hajek und Chiari bezweifelt.

5. Heindl stellt eine durch Caustik und Sonnenlicht geheilte Tuberculose des Kehlkopfes vor.

6. Glas demonstrirt zwei grosse Zahncysten, die den grössten Theil der Kieferhöhle verdrängt hatten. Operation nach Luc-Caldwell. Heilung. Ferner einen Fall von Kieferhöhleneiterung im Anschlusse an eine Zahncaries. Es kam zur Nekrose und Perforation der medialen Wand und zur orbitalen und infraorbitalen Fistelbildung. Radicaloperation. Heilung.

Weil, Hajek und Roth sprechen sich gegen die Annahme aus, dass es sich in diesem Falle um eine Antritis exulcerans atque perforans handle, nehmen vielmehr an, dass die Periostitis zur Knochennekrose und zur Eiterung der Schleimhaut geführt hat.

7. Marschik spricht an der Hand eines Falles über ungünstige Resultate der radicalen extranasalen Siebbeinoperation, indem nach Resection des Proc. frontalis mit dem Ductus nasofrontalis und Eröffnung der Stirnhöhle sich an der Wunde der inneren Nase Granulationsgewebe — später Narbengewebe — bildet, wonach es zur Contractur der ganzen Partie kommt. Dagegen giebt es drei Maassnahmen: 1. Eröffnung des Siebbeins durch die Lamina papyracea — Stirnhöhle, wenn gewünscht, von oben trepaniren —. 2. An jede Stirnhöhlenoperation mit Resection des Ductus nasofrontalis die Radicaloperation behufs Verödung der Höhle anschliessen oder 3. durch plastische Eingüsse den Defect an der Innenseite primär decken, um so die Bildung von Granulationen resp. Narbengewebe zu verhindern.

Hajek spricht sich gegen die Radicaloperation der Stirnhöhle bei isolirter Siebbeinerkrankung aus und legt Werth auf ausgiebige Drainage und entsprechend sorgfältige Nachbehandlung.

8. Marschik demonstrirt ein Sklerom der Nase und des Rachens, das mit einer Nebenhöhlenerkrankung complicirt ist. Radicaloperation sämmtlicher Nebenhöhlen einer Seite — Defect am Siebbeindach, in dem die Dura bloss liegt — brachte Heilung.

9. Marschik legt das Präparat eines Cylindroms des Keilbeins vor. Das Radiogramm zeigte als Nebenbefund einen Defect der Nebenhöhlen bei auffallend dicken Schädelwänden, wie bei der Leontiasis ossea.

10. Braun demonstrirt einen Fall von Pemphigus der Mundschleimhaut, der Lippe und Wange.

Hanszel.

III. Briefkasten.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Die Themata für die Referate werden nach dem Beschlusse des vorbereitenden Internationalen Comités lauten:

1. Die Beziehungen der experimentellen Phonetik zur Laryngologie.
2. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Indicationen und Contraindicationen.
3. Der Lymphapparat der Nase und des Nasenrachenraums in seiner Beziehung zum übrigen Körper.

Es besteht die Absicht, eine Sonderausstellung zu veranstalten, durch welche die in den beiden ersten Referaten behandelten Gebiete veranschaulicht werden sollen.

Die Namen der Referenten sind noch nicht definitiv bestimmt.

Finder.

XVIII. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Das Programm ist vorläufig wie folgt festgestellt:

Am 11. Mai 1910, Abends von 4—6 Uhr, zwanglose Demonstrationen einiger Dresdener Herren. Abends von 8 Uhr an Begrüssung.

Am 12. Mai, Morgens von $^1/_2$9—$^1/_2$1 Uhr wissenschaftliche Sitzung. $^1/_2$2 Uhr Nachmittags Geschäftssitzung; dann Fortsetzung der wissenschaftlichen Verhandlungen. 5 Uhr Nachmittags Festessen. Nach demselben gemüthliches Zusammensein.

Bis zum 23. März waren folgende Vorträge angemeldet:

1. Herr Seifert (Würzburg): Beiträge zur Amputation der Epiglottis.
2. Herr Jurasz (Lemberg): Beiträge zur Pathologie und Therapie des Skleroms.
3. Herr Denker (Erlangen): Zur Radicaloperation des Kieferhöhlenempyems in Localanästhesie.
4. Herr Winkler (Bremen): a) Schnittführung bei der submucösen Fensterresection. b) Klinische Beiträge zur Tonsillarfrage.
5. Herr Nadoleczni (München): Beobachtungen an Gesangsschülern.
6. Herr Imhofer (Prag): Die Veränderungen der oberen Luftwege bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
7. Herr Hegener (Heidelberg): Ein binoculares stereoskopisches Kehlkopf-Fernrohr.
8. Herr Siebenmann (Basel): Thema vorbehalten.
9. Herr Polyák (Budapest): Ueber Principien der intranasalen Chirurgie. (Gleichzeitig bilaterale Operationen, Anästhesie, Asepsis, Nachbehandlung etc.)
10. Herr Ephraim (Breslau): Ueber endo-bronchiale Therapie, besonders bei chronischer Bronchitis und Bronchialasthma.
11. Herr Max Senator (Berlin): Zur Behandlung der Aphonia hysterica.
12. Herr Hansberg (Dortmund): a) Bronchoskopie bei Säuglingen. b) Zur Operation der typischen Nasenrachenfibrome in der Fossa spheno-palatina.
13. Herr Manasse (Strassburg): Ueber Mucocele und Exostosen der Stirnhöhle. (Mit Demonstrationen.)
14. Herr Hugo Stern (Wien): Thema vorbehalten.
15. Herr Edmund Meyer (Berlin): Tuberculinbehandlung bei Kehlkopftuberculose,
16. Herr Zarniko (Hamburg): Turbinotomia submucosa.
17. Herr Killian (Freiburg): Kleinere Mittheilungen.

In der Geschäftssitzung wird Herr Bernhard Fränkel Antrag auf Verleihung des Laryngologenpreises aus der Bernhard Fränkel-Stiftung stellen.

Das ausführliche Programm wird auf Wunsch durch den Schriftführer, Herrn Dr. F. Blumenfeld in Wiesbaden, Taunusstrasse 4, versandt.

---

82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg i. Pr. 1910.

Die Versammlung wird vom 18. bis 24. September tagen. Einführender der 22. Section — Hals- und Nasenheilkunde — ist Prof. Gerber in Königsberg, an den Mittheilungen betreffs Demonstrationen und Vorträge, sowie eventuelle Anfragen zu richten sind.

In Hinsicht auf die Stellung unserer Specialdisciplin ist ein reger Besuch der Section besonders erwünscht. Da an der Universität Königsberg die Laryngologie eine besondere Vertretung hat, so liegt es im Interesse des Ansehens, das unser Fach dort geniesst, wenn die laryngologische Section neben den anderen einen recht stattlichen Eindruck macht.

VIII. Congress of American Physicians and Surgeons.

Der Congress findet am 3. und 4. Mai in Washington statt. Vertreter der American Laryngological Association, die bei Gelegenheit des Congresses zu ihrer 32. Jahresversammlung zusammentritt, im Präsidium ist Dr. James E. Logan (Kansas City).

Das Executivcomité des Congresses hat jeder der vertretenen Gesellschaften empfohlen, in einer Nachmittagssitzung vom speciellen Standpunkt ihres Sonderfaches aus das Thema von der Vaccine-Therapie durch eigens dazu bestimmte Redner erörtern zu lassen. Die American Laryngological Association wird sich zu dieser Sitzung mit den Gesellschaften für Otologie und Rhinologie vereinigen und hat folgende Redner dafür bestimmt: J. W. Gleitsmann (New-York), H. S. Birkett (Montreal, Canada), F. C. Cobb (Boston), C. G. Coakley (New-York).

Personalnachricht.

Unser verehrter langjähriger Mitarbeiter, Dr. Peter McBride in Edinburgh, hat sich von seiner ärztlichen Thätigkeit zurückgezogen. Diesen Anlass haben, wie wir dem British Medical Journal entnehmen, seine ehemaligen Assistenten benutzt, um den Scheidenden durch ein Abschiedsdiner zu feiern, das am 28. Januar unter dem Vorsitz von R. H. Blaikie stattfand, und bei dem ihm ein Album mit den Bildern seiner gewesenen Assistenten überreicht wurde. Dr. McBride hat zu unserer grossen Freude eingewilligt, auch in seinem Buen retiro, in das ihn unsere besten Wünsche begleiten, Mitarbeiter des Centralblatts zu bleiben.

Redaction.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Mai. 1910. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **D. Bryson Delavan. Die laryngologische Arbeit der British Medical Association und des XVI. Internationalen medicinischen Congresses 1909. (A report on some of the laryngological work of the British Medical Association and of the XVI. International Medical Congress in 1909.)** *N. Y. Medical Record. 29. Januar 1910.*

Verf. ist, wenn er die Gesammtsumme des bei den beiden Congressen zu Tage Geförderten zieht, überrascht davon, wie wenig Neues dabei zu verzeichnen ist. Eine grosse Anzahl von Methoden und Autoren sind zu Unrecht der Vergessenheit anheimgefallen. So haben manche Nebenhöhlenchirurgen einen etwas zu grossen Ruhm gewonnen auf Kosten der Männer, denen wir unsere besten Kenntnisse über den Gegenstand verdanken; vor allem beklagt Verf. den Rückgang in der Werthschätzung der intranasalen Methoden bei Nebenhöhlenerkrankungen. Ferner weist er darauf hin, wie schade es ist, dass so wenige Autoren ihre unglücklich verlaufenen Fälle mittheilen. Er führt als rühmliche Ausnahme Delsaux an, der sich gelegentlich der Besprechung der Laryngostomie nicht scheute, seine Mortalität auf 16,6 pCt. anzugeben.

Zum Schluss begrüsst es Verf. als ein erfreuliches Zeichen, dass bei der Discussion über Nebenhöhlenerkrankungen auf dem Budapester Congress sich eine deutliche Tendenz zu Gunsten der conservativen Methoden bemerkbar machte.

EMIL MAYER.

2) **O. Chiari** (Wien). **Die Laryngo-Rhinologie in den Unionstaaten Nordamerikas.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 223. 1909.*

Verf. giebt vorerst einen Ueberblick über das medicinische Studium in Amerika. Ungefähr in seinem 16. Jahre tritt der Amerikaner, nachdem er das Diplom einer Mittelschule besitzt oder ein sogen. Staatsexamen abgelegt hat, in eine Universität ein. An diesen Universitäten, die zum grössten Theil Privatinstitute und

nicht vom Staate subventionirt sind, werden hauptsächlich klassische und moderne Sprachen, Geschichte, Mathematik, Philosophie und Naturwissenschaften gelesen.

Nach Vollendung des Universitätsstudiums kommt der zukünftige Arzt in ein Medical College, welches ganz oder doch zum Theil von den Universitäten unabhängig ist. In diesen Colleges dauert das Studium gewöhnlich 4 Jahre. Im ersten und zweiten Jahre bilden Anatomie, Physiologie, Bakteriologie, Chemie und Physik die Hauptunterrichtsgegenstände, während die letzten zwei Jahre dem klinischen Unterricht gewidmet sind. Die Bedingungen für den klinischen Unterricht sind aus mehrfachen Gründen nicht gerade vortheilhaft.

Für die bereits in der Praxis stehenden Aerzte giebt es zu ihrer weiteren Ausbildung Postgraduate Schools.

Die Laryngo-Rhinologie wird in allen Medical Colleges im dritten oder vierten Studienjahre gelehrt. Der Student ist verpflichtet, an den theoretischen Vorlesungen und am practischen Unterricht theilzunehmen und muss am Ende des Jahres eine Prüfung ablegen, die an mancher Schule nur eine schriftliche ist.

Die wissenschaftliche Thätigkeit der amerikanischen Specialisten ist eine sehr rege. Specialfach-Journale existiren nur in geringer Zahl. OPPIKOFER.

3) **Ludwig** (Wien). **Athmungsgymnastik beim Asthma bronchiale.** *Zeitschr. f. physikalische u. diätetische Therapie. Bd. 13. Heft 1.*

Verf. veröffentlicht vier Fälle, bei denen schon alle üblichen Behandlungsmethoden, wie operative Behandlung der Nase, Verabreichung von Atropin, Jodkali, Morphin, vergeblich angewandt waren.

Seine Behandlung bestand darin, die Patienten möglichst lange bei Vermeidung jeder Kraftanwendung ausathmen zu lassen und die Inspiration möglichst zu verkürzen. Diese Athmung lernen die Patienten an dem von Hofbauer früher angegebenen Apparate und setzen die Uebungen dann zu Hause allein fort.

SALZBURG.

4) **Goldscheider. Die physikalische Behandlung des Asthma bronchiale.** (Referat.) *Zeitschr. f. physikalische u. diätetische Therapie. Bd. 13. Heft 3.*

Kritisches Referat über die Asthmabehandlung, am besten im Original zu lesen. Den Rhinologen interessirt besonders die berechtigte Warnung vor fortgesetzten nasalen Eingriffen und die Behandlung durch Brennen nach Auffindung der asthmogenen Punkte nach Brügelmann. SALZBURG.

5) **John Edward Bornes. Natriumnitrit bei Bronchialasthma. (Sodium nitirte in bronchial asthma.)** *Journal American Medical Association. 18. December 1909.*

Verf. berichtet über einen mit Erfolg behandelten Fall. In schweren Fällen soll die Anfangsdose ca. 0,12 g per os betragen; ist die Dyspnoe hochgradig, so soll das Mittel subcutan gegeben werden. Das Mittel hat eine bemerkenswerthe Wirkung auf die glatte Muskulatur. Die Grenze der Dosirung ist dadurch gegeben, dass ein Gefühl der Spannung im Kopf und Kopfschmerzen auftreten.

EMIL MAYER.

6) **Rudolf Goldmann** (Kairo). **Die Indicationen Aegyptens bei Krankheiten des oto-laryngologischen Specialgebietes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1910.*

Schilderung der klimatischen Verhältnisse Aegyptens und Hinweis auf die günstigen Heilungsbedingungen für die verschiedenen Affectionen der oberen Luftwege und des Ohres. HECHT.

7) **Glas** (Wien). **Die Bedeutung der Rhinologie und Laryngologie für die interne Diagnostik und Therapie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1909.*

Kurzer Hinweis auf den Zusammenhang von Nasenbluten, Nasenverengerung aus den verschiedenen bekannten Gründen, Nebenhöhlenaffectionen, Neuralgien und Reflexneurosen mit internen Erkrankungen, sowie Begründung der Wichtigkeit der rhino-pharyngo-laryngologischen Untersuchung mit Rücksicht auf einzelne Allgemeinerkrankungen. Unter diesem Gesichtspunkte wird auch die Oesophagoskopie und die Tracheobronchoskopie besprochen. HANSZEL.

8) **J. W. Summers. Die Beziehungen von Augen-, Ohren- und Halskrankheiten zur allgemeinen Praxis. (The relation of eye, ear, nose and throat disease to the general practice.)** *The Medical Council. October 1909.*

Eine für den allgemeinen Practiker bestimmte Artikelserie. EMIL MAYER.

9) **Luigi Rugani. Ueber die exsudative Diathese in der Oto-Rhinolaryngologie. (Sulla diatesi exsudativa nella oto-rinolaringologia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. März 1910.*

Verf. geht von den Arbeiten von A. Czerny und Ventura (Rivista di Clinica Pediatrica, Vol. VIII) aus. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die exsudative Diathese, die hauptsächlich bei Kindern sich findet, ist ein besonderer individueller Zustand, der häufig vererbt ist und unter der Wirkung einer bestimmten fettbildenden Diät zu einem Turgor verschiedener Gewebe (Haut und Schleimhäute) führt.

2. Die exsudative Diathese bewirkt häufig Veränderungen an Ohr, Nase und Hals.

3. Es steht noch nicht fest, ob der Begriff der exsudativen Diathese ein selbstständiger ist oder ob er mit der Skrophulose und dem Status lymphaticus zusammengeworfen werden muss.

4. Die exsudative Diathese stellt einen einfachen irritativen, keinen entzündlichen Process dar. Sie ist charakterisirt durch flüchtige Schwellungszustände der Schleimhaut, die schnell vorübergehen und ebenso leicht recidiviren; das lymphatische Gewabe ist nicht dabei betheiligt.

5. Die Erscheinungen bei der exsudativen Diathese sind zurückzuführen auf toxische Producte, die infolge zu fettreicher Nahrung entstehen.

6. Demgemäss ist die Therapie auch vor allen Dingen eine diätetische.

FINDER.

10) **Aboulker. Erkrankungen des Mundes, der Nase, des Rachens, Lungenkrankheiten vortäuschend. (Fausses affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngienne.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 2.*

Langjähriger Husten, Asthma, Hämoptoe können von Affectionen der Nase und des Rachens ausgehen. Aboulker bringt einige Krankengeschichten, um zu zeigen, wie nach Abtragung eines Nasenpolypen oder Amputation des verlängerten Zäpfchens rapid jahrelang bestehende, falsch gedeutete Krankheitszustände verschwunden sind. Vielfach werden solche Patienten als mit Lungentuberculose behaftet betrachtet und derartig behandelt. Namentlich sind solche Irrthümer häufig, wenn die Patienten an Hämoptoe leiden. Wiederholt ist es dem Autor geglückt, als Quelle solcher Blutungen die Nase, das Cavum, ja sogar das Zahnfleisch in einem Falle beschuldigen zu können. LAUTMANN.

11) **F. Gurney Stubbs. Septische Wirkungen der chronischen Infectionen von Nase und Hals. (Septemic effects of chronic infections of the nose and throat.)** *The Lancet Clinic. 27. März 1909.*

Verf. bespricht besonders die von den Nebenhöhlen ausgehenden septischen Erkrankungen, fernerhin die Rolle, die der Waldeyer'sche Schlundring als Eingangspforte für Infectionen spielt. EMIL MAYER.

12) **Walter F. Chappell. Bericht über die neuere Chirurgie der oberen Luftwege. (Remarks on recent surgery of the upper air tract.)** *Dominion Medical Monthly. Juli 1909.*

Verf. beschreibt seine Methode der Stillung von postoperativen Blutungen nach Tonsillotomie, die im Wesentlichen darin besteht, dass ein Schwämmchen zwischen die Gaumenbögen eingenäht wird.

Ferner beschreibt er eine von John Mackenty angegebene Operation zur Erweiterung der Nase, bei der der Nasenboden vertieft wird. EMIL MAYER.

13) **Graeffner. Beobachtungen an Gaumen, Rachen und Kehlkopf bei cerebralen Hemiplegien.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 439. 1910.*

G. untersuchte die oberen Luftwege bei 200 Fällen cerebraler Hemiplegie (102 rechtsseitige, 95 linksseitige und 3 doppelseitige Lähmungen). Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

Bei Hemiplegikern findet man häufig augenfällige Bewegungsstörungen im weichen Gaumen, seltener im Kehlkopfe. Zu solchen disponirt in höherem Maasse das Ueberstehen mehrfacher Insulte. Die Bewegungsstörung entspricht meist, aber nicht immer, der gelähmten Seite. Isolirte Lähmung des contralateralen Stimmbandes hängt, sofern nicht extracerebrale Complicationen vorliegen, nicht mit einer Grosshirn-, sondern mit einer bulbären Affection zusammen. Stimmbandtremor und -Ataxie sind nach Apoplexie erheblich seltener, als bei Tabes oder multipler Sklerose. Bei der Irregularität resp. Veränderlichkeit der Uvularichtung Hemiplegischer, wie auch bei der relativen Häufigkeit dieser Vorkommnisse bei Gesunden ist daraus allein keine Folgerung auf Apoplexie zu ziehen. Jedoch berechtigt hierzu die zeltartige Verziehung des weichen Gaumens (Tetzner), gleich-

viel nach welcher Richtung. Die Areflexie oder Hyporeflexie des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes ist ebenfalls als Symptom verwerthbar. OPPIKOFER.

14) **Gerber** (Königsberg). **Ueber das Sklerem.** *Med. Klinik. 7. 1910.*

Von dem unwiderlegbaren Standpunkt ausgehend, dass die Verhütung der Weiterverbreitung des Skleroms die vornehmste Aufgabe aller derer sein müsse, welche sich für diese Krankheit interessiren, schildert Gerber seine diesbezüglichen Erfahrungen hauptsächlich vom Standpunkte des Practikers und illustrirt seine Ausführungen durch 10 die wesentlichsten Formen darstellende Abbildungen.

SEIFERT.

15) **Baurowicz. Ueber die Bekämpfung der Ausbreitung des Skleroms. (W sprawie zwalczania szeczenia sie twarchieli.)** *Przeglad Lekarski. No. 46. 1909.*

Wenn man die Ausbreitung des Skleroms erfolgreich bekämpfen will, so muss nach Ansicht des Verf.'s jeder Fall vom Arzte der sanitären Behörde gemeldet werden; ferner soll sich der Arzt genau über die derzeitige und frühere Wohnung des Kranken informiren. Da bekanntlich das Sklerom nur selten isolirt auftritt, so soll der Arzt in dem Wohnungsorte des Kranken auch nach anderen ähnlichen Fällen Umschau halten und so den Herd der Krankheit ausfindig machen. Ferner soll in diesem Falle den Kranken behördlich verboten werden, ihren Wohnort zu wechseln. Dann giebt Verf. die hierbei in Betracht kommenden hygienischen Maassregeln an, wie auch die anfangs vorkommende Schwierigkeit bei der Durchführung eines solchen Verfahrens; die genaue Durchführung der angegebenen Regeln kann auch auf die internationalen sanitären Verhältnisse einwirken.

A. v. SOKOLOWSKI.

16) **H. Hays. Eine neue Untersuchungsmethode für die hintere Nase, die Tuben und den Larynx mit einem elektrischen Pharyngoskop.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 495. 1910.*

Die Untersuchung wird bei geschlossenem Munde des Patienten vorgenommen. Da das auf der Zunge liegende Instrument den Patienten nicht belästigt, so kann es lange in seiner Lage gehalten werden und deshalb die pathologischen Veränderungen im Retronasalraum und Larynx genau untersucht werden. Abbildung des Instruments.

Abgesehen davon, dass das Instrument einem wesentlichen Bedürfniss nicht entspricht und die Spiegeluntersuchung nicht ersetzen wird, hat es den grossen Nachtheil, dass es durch Kochen nicht sterilisirt werden kann. Verf. empfiehlt das Instrument durch Formalindämpfe zu desinficiren. OPPIKOFER.

17) **J. Hegener** (Heidelberg). **Die binocular-stereoskopische Untersuchung des Larynx, Epipharynx, sowie des Trommelfells.** *Beiträge zur Anat.. Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 222. 1909.*

Die binocular-stereoskopische Untersuchung hat erhebliche Vortheile vor der monocularen: Bedeutende Verfeinerung der Tiefenwahrnehmung, körperliche An-

schauung der beobachteten Objecte. Für die Untersuchung des Kehlkopfes und des Epipharnyx fehlten bis heute Instrumente, die ein stereoskopisches Sehen ermöglichen. H. hat nun ein solches Instrument construirt: Zwei dreifach vergrössernde Prismenfernrohre des Zeisswerkes werden von dem Untersucher mittelst Hartgummireifen am Kopfe getragen. Zwischen den Fernrohren befindet sich die Beleuchtungsvorrichtung, bestehend aus einer Brünings'schen Sternfadenglühlampe mit vorgeschalteter Sammellinse. Das Instrument ist abgebildet und wird genau beschrieben. Alle Versuche sind noch nicht abgeschlossen; das Zeisswerk in Jena hat die fachmännische Durchconstruirung und Herstellung übernommen.

H. hofft, dass das plastische Sehen, besonders im Verein mit der vortheilhaften Vergrösserung der Objecte, in manch zweifelhaften Fällen für die Diagnostik von Werth sein wird. Bei abnorm engen Verhältnissen wird das Instrument versagen oder auch dann, wenn der Untersucher kein stereoskopisches Wahrnehmungsvermögen hat.

OPPIKOFER.

18) **Kurt Schmuckert** (Freiburg i. Br.) **Zur endoskopischen Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.** *Mit 4 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 11. 1910.*

Sch. schildert das nach seinen Angaben bei Reiniger, Gebbert und Schall angefertigte Instrument, das nach dem Princip des Hays'schen Pharyngoskopes gebaut und durch leicht auswechselbare und auskochbare, flachovale, auf das Instrument gut passende Glashülsen zu ausgedehnterer Verwendung geeignet ist. Bau des Instrumentes und Technik der Untersuchungsmethode sind genau beschrieben und durch instructive Abbildungen, denen auch ein pharyngoskopisches Gesammtbild des Nasenrachenraumes und der Kehlkopfgegend beigegeben sind, anschaulich geschildert. Die pharyngoskopischen Bilder zeichnen sich durch ihre „Lichtfülle, die wunderbare Plastik und vor allem durch das grosse übersichtliche Gesichtsfeld“ aus und sollen gerade dem practischen Arzte — auch ohne die Beherrschung der bisweilen schwierigen Untersuchungsmethode des Nasenrachenraumes und Kehlkopfes mit Spiegeln — die Möglichkeit bieten, sich über Veränderungen in diesem Gebiete zu orientiren.

HECHT.

19) **Alexander** (Bad Reichenhall). **Inhalationsapparat mit Kühler und Condenswasserverhütung.** *Med. Klinik. 10. 1910.*

Der Apparat wird vornehmlich zur Naseninhalation von physiologischer Kochsalzlösung, Alsol- und Resorcinlösung empfohlen.

SEIFERT.

20) **C. A. Bucklin. Das Respirometer und seine Desinfection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd.22. Heft 2. 1909.*

Der Autor ist zu folgenden Schlüssen gelangt: Personen, welche, obwohl die natürlichen Oeffnungen ihrer Nasenlöcher weit sind, das Wasser im Respirometer nicht über 12—13 Zoll heben können, haben weder Heufieber noch Asthma, wenn dieses nicht durch eine Herzcomplication bedingt ist. Besteht bei ihnen eine tuberculöse Erkrankung der Lunge, so giebt sie eine relativ günstige Prognose.

Ueber Zusammensetzung und Desinfection des Respirometers ist im Original nachzulesen.

WILELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

21) **E. Bergh** (Malmö). **Technische Mittheilungen.** *Mit 1 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngol.-Rhinol. Heft 12. 1909.*

1. „Ein Fremdkörperhäkchen für die Nase." Modification des Hajek'schen Siebbeinhakens nebst Abbildung.

2. „Lackirte galvanokaustische Brenner und Schlingenröhren."

B. empfiehlt, die „mit Seide umsponnenen" Brenner und Röhren mehrmals mit einer Asphaltlacklösung zu überstreichen, wodurch dieselben dauerhafter werden und mit den verschiedenen Desinfectionsmitteln, ohne zu leiden, desinficirt werden können.

[Die schon seit Jahren erprobten auskochbaren Elektrolysennadeln, Brenner und Schlingenröhren scheinen dem Autor nicht bekannt zu sein. Ref.]

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Bresgen** (Wiesbaden). **Nasenleiden und Sympathicus.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 125. 1909.*

Die Nasenschleimhaut ist reich an sympathischen Fasern, die bei jeder Art von Rhinitis überempfindlich werden und dann auf dem Wege des Sympathicus Krankheitserscheinungen in von der Nase entfernten Körpergebieten hervorrufen können.

Es giebt in der Nase keine an bestimmte Stellen der Nasenschleimhaut gebundene Reizpunkte, also keine bestimmten Asthma-, keine Genitalpunkte. Die Nasenschleimhaut muss als einheitliches Ganzes betrachtet werden.

OPPIKOFER.

23) **Mahu. Ueber die Beziehungen der Nasenschleimhaut zum Geschlechtsapparat des Weibes. (Relations entre la muqueuse du nez et l'appareil génital de la femme.)** *Presse Médicale. No. 22. 1910.*

Angeregt durch einen eclatanten Erfolg hat Mahu auf Aufforderung von Prof. Bars 60 theils schwangere, theils nicht schwangere Patientinnen untersucht, um festzustellen, ob zwischen Nasenschleimhaut und dem Geschlechtsapparat des Weibes Beziehungen bestehen und ob die von Fliess ausgesprochenen Theorien und deren practische Consequenzen richtig sind. Was die Periode anbelangt, so macht diese beim nasengesunden Weibe sich nicht besonders in der Nase kenntlich. Desgleichen scheint auch die Schwangerschaft nur selten Nasenverstopfung, Epistaxis, zu bedingen. In einem Falle war Anosmie durch die Schwangerschaft bedingt. Während der Geburtsarbeit scheint die Nasenschleimhaut nicht besonders influencirt zu werden. Was die Beeinflussung des Periodenschmerzes anlangt, so wurde durch die Cocainprobe und die Galvanokauterisation bei einigen, durchweg nicht in der Mehrzahl, der Schmerz auf Stunden und Tage beeinflusst, kehrte aber wieder. Bei einigen wurde sogar die Dysmenorrhoe nach der galvanokausti-

schen Behandlung der Nase nur noch ärger. Die Geburtswehen wurden hingegen viel öfter günstig beeinflusst, namentlich durch einen Cocainspray in die Nase. Jedoch scheint es, dass die Geburtsarbeit hierdurch eine Verzögerung erlitten habe.

LAUTMANN.

24) **Swershewski. Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nase und des Auges. (W saimo -oknoschenija meshde sabolewanijami nosa i glasa.)** *Jeshemesjatschnik. No. 8. 1909.*

Der Inhalt ist bereits in diesem Blatte referirt.

P. HELLAT.

25) **Ziem** (Danzig). **Ueber Beziehungen der Lähmung des Nervus oculomotorius zu Krankheiten der Nase, beziehungsweise der Keilbeinhöhle.** *Med. Klinik. 9. 1910.*

Bei einem 35jährigen Arbeiter entstand eine Theilparalyse des linken Oculomotorius, offenbar von einer Naseneiterung herrührend, die sich nach der Keilbeinhöhle hin ausdehnte. Auffallend war, dass der Process rasch zurückging, als der Patient seine ungesunde, feuchte Wohnung verlassen hatte, ohne dass ein chirurgischer Eingriff in der Nase nöthig geworden wäre.

SEIFERT.

26) **Dewatripont. Ueber die bakteriologischen Beziehungen zwischen den Nasenleiden und den Erkrankungen der Thränenwege.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 5. 1910.*

Offenbar durch Versehen in eine rhinologische Revue hineingerathen, da ausser dem Titel sich gar nichts auf Nasenerkrankungen bezieht. Für Augenärzte bringt der Artikel eine Zusammenstellung der neuesten therapeutischen Maassnahmen.

LAUTMANN.

27) **W. Koster** (Leiden). **Weitere Erfahrnng über die permanente Drainage des Thränenabfuhrweges. (Nadere ervaring omtrent de permanente drainage van den traanafvoerweg.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 2024. 1909.*

Die früher beschriebene Methode der Behandlung der Erkrankungen des Thränenweges mittelst eines durch den Thränennasencanal hindurchgeführten Seidenfadens, dessen Enden vor dem Gesicht zugeknüpft werden und der 1 bis 3 Monate in situ bleibt, hat bei fortgesetzter Anwendung nur ausgezeichnete Resultate ergeben. K. theilt kurz weitere 32 Fälle mit. Die Technik ist insofern vereinfacht worden, dass K. jetzt nicht mehr das untere Ende des eingeführten Drahtes in der Nase mit einem Häkchen oder einer Pincette fasst. Er führt einen einfachen oder doppelten, mit Leim versteiften Faden durch die Hohlsonde langsam ein, bis derselbe ungefähr in einer Länge von 10 cm auf dem Nasenboden liegt. Den dort erweichten Fadenknäuel lässt er dann einfach vom Patienten ausblasen.

H. BURGER.

28) **H. Moulton. Stricturen des Ductus nasalis. (Nasal duct strictures.)** *N. Y. Medical Record. 24. October 1908.*

Verf. empfiehlt Bleisonden, denen er vor den Aluminium- und Silbersonden eine Reihe Vorzüge nachrühmt. Man entfernt die Sonde alle 3—4 Wochen, jedoch hat Verf. sie in einem Falle 6 Monate lang liegen lassen.

LEFFERTS.

29) **Friedrich Müller** (Heilbronn). **Dentaler Stirnkopfschmerz.** *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles, bei dem durch Caries und Pulpitis eines Molaris bezw. Prämolaris ein nasal und allgemein erfolglos behandelter Stirnkopfschmerz über der Nasenwurzel, dem sich später noch eine entsprechende Otalgie anschloss, durch sachgemässe Zahnbehandlung endgültig beseitigt wurde. Anschliessend weitere Erörterungen über die ätiologische Bedeutung von Zahnkrankheiten für eine Reihe von Neuralgien.

HECHT.

30) **Howard F. Hannsell. Orbitalcomplicationen bei Stirnhöhlenerkrankung. (Orbital complications of disease of the frontal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. erwähnt folgende drei Möglichkeiten einer Orbitalcomplication: 1. Mechanische Verlagerung (Protrusion nach unten). 2. Infection infolge directer Invasion des Eiters durch den perforirten Knochen oder auf dem Gefässwege oder indirecte Infection (Caries des Orbitaldachs, Thrombophlebitis der Orbita, Thrombosis des Sinus cavernosus, Infection des Gehirns und Fortleitung der Keime längs der Opticusscheide zu dem Augapfel, den Muskeln und dem Thränenapparate). 3. Functionelle Erkrankung ohne anatomischen Befund (Asthenopie, Gesichtsfeldeinengung, Beschränkung des centralen Sehens, centrales Skotom).

EMIL MAYER.

31) **W. Bailey. Die Behandlung der Stirnhöhleneiterungen. (The treatment of frontal sinus suppurations.)** *Chowa Medical Journal. December 1908.*

Von den sonst nichts wesentlich Neues enthaltenden Aussprüchen des Verf.'s verdient folgender hervorgehoben zu werden: „Aus anatomischen Gründen ist die intranasale Operation zur Radicalbehandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung als eine Methode zu betrachten, die gefährlich ist, auszuführen und noch gefährlicher, zu empfehlen."

EMIL MAYER.

32) **S. Citelli** (Catania). **Ueber zwei mit meiner Methode behandelte klinische Fälle von chronischer Stirnhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. 341. 1909*

Nachdem Citelli sein Operationsverfahren (Trepanation der vorderen Stirnhöhlenwand, Auskratzung der eiternden Stirnhöhle und Eingiessen von mit Jodoform versetztem Paraffin) an drei Hunden versucht hatte (Referat s. Centralbl. f. Laryngologie Bd. 24, 1908, S. 490), wandte er die Methode nun auch an zwei Menschen an.

Bei dem ersten Falle (vereiterte Mucocele der linken Stirnhöhle) goss er mit 15proc. Jodoform versetztes sterilisirtes Paraffin vom Schmelzpunkt 46 langsam in die Stirnhöhle ein, bei dem zweiten Falle die Mosetigmischung No. 2 (Sesamöl und Walrat je 40,0, Jodoform 60,0).

Abgesehen davon, dass im ersten Falle ein Recidiv eintrat, kann sich Referent aus mehrfachen Gründen für diese Methode nicht begeistern. Denjenigen, die Neigung hätten, diese Operationsmethode zu versuchen, ist dringend anzuempfehlen, vorerst die zwei diesbezüglichen Originalarbeiten durchzulesen.

Nach C. ist es rathsam, nur jüngere Individuen oder Individuen mit kleineren Stirnhöhlen nach dieser Methode zu behandeln. Bei grossen Stirnhöhlen soll man vor Eingiessen des Paraffins den eiternden Sinus von der Trepanationsöffnung aus lange Zeit offen behandeln, bis sich die Höhle durch neu gebildetes gesundes Bindegewebe merkbar verkleinert hat.

OPPIKOFER.

33) **Dahmer** (Posen). **Stirnhöhlenoperationen.** *Fräenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Verf. giebt nach kritischer Bewerthung der conservativen Methoden zur Behandlung der Stirnhöhleneiterungen eine eingehende Beschreibung seiner eigenen Fälle, die er seit 1904 mit nur wenigen Ausnahmen nach Killian mit Erhaltung der Knochenspange operirt hat.

Er theilt die Kranken- und Operationsgeschichten folgendermaassen ein:

A. Typische Killian'sche Operationen.

B. Typische Killian'sche Operation in Localanästhesie.

C. Radicaloperationen der Stirnhöhle mit alleiniger Fortnahme der orbitalen und lateralen Wand, einschliesslich Thränenbein und Processus frontalis des Oberkiefers.

D. Atypische Stirnhöhlenoperationen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

34) **Harmer** (Prag). **Indicationen bei Behandlung der Stirnhöhleneiterungen.** *Prager med. Wochenschr. No. 21. 1909.*

In jedem Falle von Stirnhöhleneiterung soll zunächst conservativ behandelt werden. Die Radicaloperation ist selten indicirt.

CHIARI.

35) **Tapia** (Madrid). **Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. (Indicaciones del tratamiento quirurgico de las sinusitis frontales.)** *Revista Clinica de Madrid. 15. September 1909.*

In der Arbeit tritt die Tendenz zu Tage, die Indicationen für die radicalen externen Methoden einzuschränken.

Latente Sinusitis: a) ohne Schmerz, mit wenig Eiter, ohne Granulationen im mittleren Nasengang: endonasale Methode; b) mit Schmerzen, viel Eiter, Polypen im mittleren Nasengang. Endonasale Methode und, wenn diese nach einiger Zeit sich als nicht genügend erweist, Radicaloperation.

Complicirte Sinusitis: Radicaloperation.

Combinirte Sinusitis: Verfahren je nach der Form jeder einzelnen Sinusitis.

AUTOREFERAT.

36) **E. A. Crockett. Welche Operationsmethode ist die beste bei Erkrankungen des Stirnbeins. (What type of operation is best adapted for the reliefs of disease of the frontal bone.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. Januar 1909.*

Die vom Verf. ausgesprochenen Grundsätze sind die allgemein für die Stirnhöhlenbehandlung anerkannten. Unter 75 Fällen war nur dreimal ein secundärer Eingriff nothwendig.

EMIL MAYER.

37) **Tóvölgyi** (Budapest). **Nach zweimaliger Operation zum dritten Male recidivirender Fall von Stirnhöhlenempyem.** *Orvosi Hetilap. No. 44. 1909.*

Patient wurde 1902 nach Ogston-Luc operirt und nach 52 Tagen als geheilt demonstrirt. Nach ferneren 3 Wochen neue Recidive, und es musste durch das verletzte Septum interfrontale auch die andere Stirnhöhle ausgekratzt werden. Nach 3 Monaten wurde der Fall von chirurgischer Seite nach Killian operirt, die Siebbeinzellen wurden aber nicht ausgeräumt. Patient hat seither viel an starken Kopfschmerzen gelitten, sich aber erst unlängst dem Verf. vorgestellt. Beide Nasen waren voll von Polypen, nach deren Entfernung die Kopfschmerzen aufhörten.

In der Discussion, welche nach dieser Demonstration folgte, spricht C. Láng die Meinung aus, dass es sich hier nicht um recidivirende Eiterung der Stirnhöhlen, welche nach der Killian'schen Operation nicht mehr existiren, sondern um Eiterung der Siebbeinzellen gehandelt hat. Dagegen hält Vortragender seine Meinung aufrecht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

38) **R. H. Good. Eine intranasale Methode zur Eröffnung der Stirnhöhle, wobei die weitest mögliche Drainage gewährleistet wird. (An intranasal method for opening the frontal sinus establishing the largest possible drainage.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Nach Abtragung der mittleren Muschel, Entfernung der Siebbeinzellen und des Processus uncinatus wird ein Stück des Processus frontalis des Oberkiefers abgemeisselt und die vordere mediale Siebbeinlabyrinthwandung von ihrem Ansatz an der Spina frontalis getrennt. Dabei werden ein oder zwei Protectoren eingeführt; eine Verletzung der Lamina cribrosa ist unmöglich. Sodann wird der laterale Theil der Spina frontalis abgeraspelt und dadurch der Raum zwischen der Spina und der Orbitalwand des Sinus erweitert. Schliesslich Curettage des Sinus. Die Operation kann unter Localanästhesie vorgenommen werden, jedoch ist es besser, den Patienten beim letzten Theil der Operation zu narkotisiren. Die Arbeit ist illustrirt.

EMIL MAYER.

39) **Hélot. Syphilitische Gummaknoten der Stirnhöhle. (Gommes syphilitiques du sinus frontal.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 3. 1910.*

Beide Fälle ziemlich analog: dicke Infiltration der Nasenwurzel, Oedem des Oberlides, Verdrängung des Bulbus nach abwärts in einem Fall. Das gleichzeitige Vorhandensein von Periostitis am Kopfe sicherte die Diagnose. Der Autor glaubt, dass manche Fälle von Stirnhöhleneiterung syphilitischer Natur sind.

LAUTMANN.

40) **Julius Veis** (Frankfurt a. M.). **Gummöse Erkrankung der Stirnhöhlen und Siebbeinhöhlen beiderseits.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Es handelte sich um enorme Zerstörung des Knochens im ganzen Bereiche beider Stirnhöhlen und Siebbeinzellen, die von bröckligen Massen erfüllt waren, untermischt mit nekrotischen Knochenstücken und Granulationen, ohne wesentliche Eiterung. Nach radicaler Operation und Darreichung von Jodkali trat völlige Aus-

heilung ein, nachdem Jodkali allein anfangs ohne jeden Erfolg gebraucht worden war.

Auch ein anderer Fall von Gummi des Periosts der vorderen Kieferhöhlenwand, der durch antiluetische Behandlung nicht beeinflussbar war, heilte erst mittels Jodkali, nachdem eitrige Massen durch Incision entfernt waren.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

41) **A. M. Anderson. Eine neue Stirnhöhlenzange. (A new frontal sinus punch.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Februar 1909.*

Das Instrument ist dazu bestimmt, den Ductus nasofrontalis auf endonasalem Wege zu erweitern. Nachdem die die untere Mündung des Ductus verlegenden Theile entfernt sind, wird das Instrument geöffnet und eingeführt. Die Einführung geht so leicht, wie bei einer Sonde. Die Möglichkeit einer Verletzung des Gehirns ist ausgeschlossen.

LEFFERTS.

42) **G. Boenninghaus** (Breslau). **Zur Kenntniss der traumatischen Mucecele des Sinus frontalis, insbesondere des Vorstadiums.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 116. 1909.*

An der Hand von 4 Fällen, deren Krankengeschichten mitgetheilt werden und von denen die vierte die Anschauungen des Autors über das Zustandekommen der Mucocele am besten wiedergiebt, kommt B. zu folgenden Schlussfolgerungen: Wenn nach einem Stirntrauma Kopfschmerz ohne Naseneiterung zurückbleibt, muss man an Verschluss der Stirnhöhle mit consecutiver Schleimansammlung denken. Das constanteste Zeichen dieses Zustandes ist zunächst Dämpfung der betreffenden Stirnhälfte, weniger Verdunkelung derselben. Diese Zeichen können jahrelang der Ausdehnung der Stirnhöhle, der eigentlichen Mucocelenbildung, vorausgehen. Die Ausdehnung selbst macht sich zunächst als Abflachung des Stirnbodens bemerkbar oder als Prominenz der Stirn.

OPPIKOFER.

43) **Mermod. Myelinhaltige Flüssigkeitsansammlung in beiden Stirnhöhlen. Verwechselung der Sinusitis mit einem malignen Tumor. (Collection liquide à corpuscules de myéline des sinus frontaux. Erreur de diagnostic avec une tumeur maligne.)** *Archives Internationales de laryngol. T. XXVIII. No. 5.*

Es handelte sich um einen 64jährigen Patienten, der ausser occipitalen Kopfschmerzen und einseitigem Exophthalmus über nichts zu klagen hatte. Infolge des Exophthalmus ging die Cornea zu Grunde, infolge dessen Amaurose. Sechs Jahre nach Beginn der Symptome sah Mermod den Patienten und konnte absolut keinen pathologischen Nasenbefund feststellen; dagegen fühlte man deutlich hinter dem protrahirten Bulbus einen höckrigen Tumor, der vom Sinus zu kommen schien. Wegen der unerträglichen Schmerzen werden nach Enucleation des Bulbus beide Stirnhöhlen eröffnet. Es entleeren sich sofort beim ersten Meisselschlag ungefähr 90 g einer opaken, geruchlosen, gelbgrauen, aber klebrigen Flüssigkeit, die bakteriologisch untersucht sich frei von Mikroben und Leukocyten erwies und nur Myelinkörperchen, vermischt mit Detritus (Dermoid? Der Ref.) enthält.

Fälle von latenter doppelseitiger Sinusitis frontalis sind Raritäten. Noch seltener dürfte die Verwechselung mit einem malignen Tumor sein (in diesem Falle hatte der mindestens 6 Jahre alte Exophthalmus gegen einen malignen Tumor gesprochen, auch der Umstand, dass der Bulbus nicht infiltrirt war). Eine Rarität stellt aber der Inhalt dieser Sinusitis dar.

LAUTMANN.

44) **O. Rick. Ein Fall von Osteom der linken Stirnbeinhöhle und die osteoplastische Aufmeisselung der Stirnhöhle nach Küster.** *Dissert. Marburg 1907.*

R. fand 48 Fälle von Stirnhöhlenosteom in der Literatur und theilt dieselben mit. Das Osteom, das Verf. beschreibt und abbildet, betraf einen 18 jährigen Patienten, war hühnereigross, von knolligem Aussehen und hatte den Bulbus nach abwärts und vorn verlagert. Heilung ohne Entstellung.

Die in dieser Arbeit beschriebene osteoplastische Aufmeisselung unterscheidet sich in keinem wesentlichen Punkte von den heute bekannten osteoplastischen Methoden.

OPPIKOFER.

45) **Frederick Krauss. Zwei Fälle von acuter eitriger — phlegmonöser — tödtlich verlaufender Ethmoiditis bei Kindern. (Two cases of acute suppurative — phlegmonous — ethmoiditis in children resulting in death.)** *N. Y. Medical Journal. 24. April 1909. N. Y. Medical Record. 8. Mai 1909.*

Es handelte sich um kleine Mädchen von 9 resp. 13 Jahren. Verf. wird immer mehr in der Ueberzeugung bekräftigt, dass acute eitrige Ethmoiditis mit Orbital- und Cerebralcomplicationen häufiger ist, als gewöhnlich angenommen wird, und dass bei jugendlichen Individuen diese Complication oft tödtlich ist. Die Indication zum operativen Eingriff bei acuten Formen ist gegeben durch plötzliche Temperatursteigerung, nächtliche Delirien, Anschwellung an der inneren Orbitalwand und den geringsten Exophthalmus. Frühzeitige Operation ist geboten. Wenn der Exophthalmus doppelseitig ist, so ist die Operation im Allgemeinen nutzlos, da dann die Affection gewöhnlich sich durch den Sinus cavernosus weiterverbreitet und zu allgemeiner Toxämie und Pyämie oder einer tödtlichen Hirnkrankheit geführt hat.

LEFFERTS.

46) **Baurowicz. Ueber die Mucocele des Ethmoidalknochens. (O vluzowiaku koscisitowej.)** *Przeglad Lekarski. No. 49. 1909.*

Der Verf. beschreibt einen entsprechenden Fall bei einem 47 jährigen Manne, der unter der Erscheinung der Erkrankung des Sinus frontalis verlief und bei dem erst die genaue Untersuchung der Nase den Krankheitsprocess aufklärte. Bei dem Patienten waren seit einem halben Jahre heftige Schmerzen der Stirn in der Gegend des Arcus superciliaris vorhanden. Späterhin entstand allmählich eine Erhebung in dieser Gegend, und zwar nicht weit von der Orbita. Die Erhebung nahm schnell zu, schmerzte bei jeder Berührung. Einige Zeit darauf begann Eiter aus der Nase zu fliessen, der noch bei der Berührung der Erhebung zunahm. Bei der Untersuchung wurde ein wallnussgrosser Tumor in der oberen Gegend der linken Orbita wahrgenommen, der bei der Berührung sich hart und nur in der Mitte weich anfühlte. Die Durchleuchtung gab deutlich eine Verdunkelung in der Gegend des rechten Frontalsinus zu erkennen. Bei der Rhinoskopie wurde deut-

lich ein Tumor nachgewiesen, der sich in der Gegend des vorderen Theiles der mittleren Muschel befand; er hatte die Grösse einer Wallnuss und reichte bis zum Septum. Bei der Sondirung des Tumors sonderte sich keine Flüssigkeit ab, erst bei der Berührung von aussen floss deutlich etwas Eiter. Der Tumor wurde mittelst der Scheere chirurgisch entfernt, wobei es sich herausstellte, dass man es hier mit einer Knochenblase zu thun hatte.

A. v. SOKOLOWSKI.

47) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Kenntniss einer Mucocele des Siebbeins.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol. Heft 10. 1909.*

Mittheilung der Kranken- und Operationsgeschichte eines Falles vonververeiterter Knochenblase der mittleren Muschel, „welche in ihrem Wachsthum nach oben gegen die Stirnhöhle vordrang und da zu einer Ausbuchtung in der Gegend der unteren Stirnhöhle gegen die Augenhöhle zu führte". Partielle Resection der Knochenblase von der Nase aus erzielte Heilung unter allmählichem Zurückgehen aller Erscheinungen.

HECHT.

48) **Bourguet. Sarkom des rechten Siebbeins mit Fortleitung auf die Stirn-Kiefer-Keilbeinhöhle und auf die Orbita. (Sarcome de l'ethmoide droit propagé au sinus fronto-spheno-maxillaire correspondant et à la cavité orbitaire.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 51. 1909.*

Der 20jährige Patient klagte über heftige Stirn- und Occipitalschmerzen. Gleichzeitig trat ein rechtzeitiger Exophthalmus auf und zeigte sich eine Submaxillardrüse. Neben dem Exophthalmus konnte man auch eine Opticusneuritis mit leichter Papillenstauung constatiren. Durch eine hochgradige Septumdeviation ist die rhinoskopische Untersuchung sehr erschwert. Operation nach Moure, die anfangs kein vollständiges Resultat ergiebt und noch zwei Operationen (Exstirpation des Ganglions) nöthig macht. Es gelingt eine vollständige Ausräumung der ergriffenen Höhlen, doch überlebt der Patient die Operation nur 4 Monate. Bourguet empfiehlt die Moure'sche Operation, bestehend in einem paranasalen Schnitt, vom Augenbrauenwinkel bis zur Commissur der Lippe reichend.

LAUTMANN.

49) **J. A. Gibson. Die Keilbeinhöhle. Eine auf der Untersuchung von 75 Präparaten basirende Studie. (The sphenoidal sinus. A study based on the examination of eighty-five specimens.)** *The Journal of the American Medical Association. 19. December 1908.*

Die Untersuchungen wurden angestellt in Bezug auf Lage, Grösse und Ausdehnung der Höhle, die Durchschnittsdicke der Wandungen, die Beziehungen zwischen Grösse der Stirn-, Keilbein- und Oberkieferhöhle, die eventuellen Beziehungen zwischen weiten Choanen und einer kleinen Keilbeinhöhle und umgekehrt, die Feststellung gewisser anatomischer Orientirungspunkte am Lebenden, die für den Chirurgen von Bedeutung sein könnten, die Kenntnisse von Abnormitäten und deren eventuellen Einfluss auf die Nachbartheile.

EMIL MAYER.

50) **Gortjes** (München). **Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Keilbeinhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 129. 1909.*

Verf. hält das ständige Vorkommen einer Basalmembran bei normaler Keilbeinhöhlenschleimhaut, wie es Schieferdecker und Weichselbaum annehmen, nicht für richtig. Die Trennung in eine obere adenoide Bindegewebsschicht und eine zellärmere fibrilläre untere ist nicht durchzuführen. Die häufigen Befunde pathologischer Veränderungen der Keilbeinhöhlenschleimhaut bestätigen die Auffassung, dass die in den Nebenhöhlen nachgewiesenen Veränderungen acute terminale Leiden darstellen, nicht; andererseits zeigen sie, dass die meisten Entzündungen ohne weitere erhebliche Folgezustände ausheilen.

Die Neigung zu Blutungen ist offenbar eine sehr grosse; sie ist aber sicherlich nicht in einer besonderen Prädisposition der localen Gefässe zu suchen, sondern stellt nur den Ausdruck einer erhöhten Entzündungsmöglichkeit dar.

Verf. giebt eine Zusammenstellung einiger prägnanter Fälle.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **R. W. Skillem. Der augenblickliche Stand der Radicaloperation der Keilbeinhöhle. (The present status of the radical operation for empyema of the sphenoid sinus.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. December 1908.*

Der Artikel ist durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt. Verf. giebt auch ein neues Instrument an. EMIL MAYER.

52) **F. P. Emerson. Bericht über einen tödtlich verlaufenen Operationsfall; Fehlen der äusseren Keilbeinhöhlenwandung, an ihrer Stelle eine grosse direct mit dem Sinus cavernosus communicirende Vene. (Report of a fatal operative case; showing absence of the outer sphenoidal wall and in its place a large vein communicating directly with the cavernous sinus.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Nach Eröffnung der rechten Keilbeinhöhle wurde eine Curette eingeführt und diese gegen die äussere Wand gerichtet; beim Herausziehen foudroyante venöse Blutung und Convulsionen. Patient wurde sofort bewusstlos; es traten Gehirnerscheinungen auf und Patient starb 7 Stunden später. Man fand bei der Autopsie, dass eine Dehiscenz in der Aussenwand durch eine grosse Vene eingenommen wurde, welche direct mit dem Sinus cavernosus communicirte. EMIL MAYER.

53) **Hajek. Hydrops der linken Keilbeinhöhle.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Situng vom 19. November 1909). *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Im Anschluss an eine Mucocele der Keilbeinhöhle mit starker Vorwölbung der vorderen Wand kam es zu einer ausgesprochenen Neuritis optica eines Auges; das Sehvermögen war bis auf Lichtempfindung herabgesetzt. Zwei Tage nach der Operation konnten schon die vorgehaltenen Finger gezählt werden, nach 8 Tagen war das Sehvermögen fast normal. Erste Beobachtung eines Hydrops der Keilbeinhöhle.

Mit Rücksicht auf die günstige Beeinflussung des Sehvermögens erwähnt in der Discussion Réthi, dass auch er durch Beseitigung einer Siebbeineiterung ein rasches Zurückkehren des Sehvermögens in einem Falle beobachtete.

CHIARI.

54) **Heinrich Halácz** (Miskolcz). **Beitrag zu den durch Geschwülste der Sphenoidalhöhle entstandenen Augenveränderungen. (Durch Sarkom der Sphenoidalhöhle verursachte Erblindung.)** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 9. 1909.*

Anatomische und physiologische Erörterungen, sowie Besprechung der einschlägigen Literatur. Anschliessend Mittheilung der Krankengeschichte, der Operationsbefunde, sowie der vor und nach der Operation erhobenen ophthalmologischen Befunde eines durch Augencomplicationen interessanten Falles von Keilbeinhöhlensarkom.

HECHT.

55) **H. Halácz** (Miskolcz, Ungarn). **Beitrag zu den durch Keilbeinhöhlentumoren verursachten Veränderungen des Auges.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 37. 1909.*

Vorgetragen in der XV. Section des internationalen Congresses, erschienen in dem Congressberichte an anderer Stelle dieses Centralblattes.

v. NAVRATIL-POLYAK.

56) **Sebileau** (Paris). **Ueber Nasenrachenfibrome. (A propos des fibromes naso-pharyngiens.)** *Société de Chirurgie. 9. März 1910.*

Verf. betont die auf die Umrandung der Choane beschränkte Insertion, die spontane Rückbildung und das Fehlen wirklicher Recidive nach sorgfältiger Abtragung. Verf. räth, auf retropalatinem Wege mit der kalten Schlinge oder der Zange den Tumor zu entfernen.

GONTIER de la ROCHE.

57) **Francesco Maltese. Ueber ein enormes rasch wachsendes Nasenrachenfibrom, local mit Fibrolysin behandelt. (A proposito di un enorme fibroma rino-faringeo a rapido sviluppo trattato localmente con la fibrolisina.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. November 1909.*

Es handelte sich um einen 24jährigen Mann, bei dem die ganze linke Nasenhälfte ausgefüllt war von einem anscheinend aus dem Nasenrachen entspringenden Tumor; im Nasenrachen fand sich ein harter, der hinteren und oberen Wand aufsitzender taubeneigrosser Tumor. Ausgesprochener beiderseitiger Exophthalmus. Nach den Angaben des Patienten musste geschlossen werden, dass der Tumor seine Grösse in drei Monaten bekommen hatte. Es wurden zwei Injectionen von je 2 ccm Fibrolysin (Merck) in den Tumor gemacht; nach der zweiten trat eine intensive locale und allgemeine Reaction auf. Patient ging innerhalb 3 Wochen an pyo-septikämischen Complicationen zu Grunde, die die Folge eines grossen Eiterherdes waren, der sich an der Schädelbasis gebildet hatte. Verf. hält es nicht für ausgeschlossen, dass eine zum Zweck der histologischen Untersuchung vorgenommene endonasale Probeexcision, an die sich eine sehr heftige allgemeine und locale Reaction anschloss, die Veranlassung zur Bildung des Abscesses war.

Was die Wirkung des Fibrolysins betrifft, so übt es eine nekrotisirende, wahrscheinlich auf chemischer Natur beruhende Einwirkung, die makroskopisch und mikroskopisch nachweisbar ist. Diese Wirkung wird besonders auf die Bindegewebsfasern ausgeübt.

FINDER.

58) **Peraire. Nasenrachenpolyp. (Polype nasopharyngien.)** *Société des chirurgiens de Paris. 9. Juli 1909.*

Apfelsinengrosser Tumor bei einem 57jährigen Mann. Abtragung auf oralem Wege. Es war vorher Calciumchlorat gegeben worden; die Blutung war infolge dessen sehr geringfügig. Die Untersuchung ergab ein ossificirendes Fibrom nebst Papillo-Adenom der Pharynxschleimhaut.

A. CARTAZ.

59) **L. Leto. Beitrag zur Casuistik der Nasenrachentumoren. (Contributo alla casuistica dei tumori del cavo naso-faringeo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1910.*

Es handelte sich um eine 54jährige Frau, bei der ein glatter elastischer Tumor den Nasenrachen ausfüllte und bis auf den Zungengrund reichte; Nasen- sowie Mundathmung und Ernährung waren hochgradig erschwert. Abtragung des Tumors mit der galvanokaustischen Schlinge. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein an jungen Gefässen reiches Myxofibrom.

FINDER.

60) **Rouvillois** (Paris). **Betrachtungen bezüglich der Diagnose und Behandlung der Nasenrachenpolypen. (Considérations relatives au diagnostic et au traitement des polypes naso-pharyngiens.)** *Société de Chirurgie Bulletin. 10. März 1910.*

Ein vom Verf. auf oralem Wege operirter junger Soldat starb infolge wiederholter Blutungen. Bei der Section fand man eine Fortsetzung der Polypen in der Keilbeinhöhle. Dieser abgeschnittene Ausläufer hatte zu den Blutungen Anlass gegeben.

Verf. zieht aus seinem Fall folgende Schlüsse:

1. Die Insertion an der Fibrocartilago basilaris ist eine Ausnahme; sie ist viel häufiger eine ethmoido-sphenoidale.

2. Es giebt Fälle, in denen sich das Vorhandensein eines ethmoidalen oder sphenoidalen Ausläufers nicht diagnosticiren lässt; diese Ausläufer trüben die unmittelbare und entferntere Prognose (Pseudorecidive).

3. In solchen Fällen empfiehlt sich die Unterbindung der beiden äusseren Carotiden.

GONTIER de la ROCHE.

61) **Otto Mayer** (Graz). **Die Gefahren der Tamponade des Nasenrachenraumes.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1909.*

An der Hand eines Falles, bei dem durch unzweckmässige Nasen-Nasenrachentamponade eine beiderseitige acute Mittelohreiterung mit Betheiligung beider Warzenfortsätze, eine beiderseitige acute Kieferhöhleneiterung und eine rechtsseitige Orbitalphlegmone aufgetreten war, bespricht Mayer die Gefahren der Belloc'schen Tamponade, sowie der oft ungeeignet ausgeführten Tamponade der Nase bei Blutungen. Er warnt vor einem allzulangen Liegenlassen der Tam-

pons und fordert bei den Fällen, die unbedingt eine Tamponade erfordern, eine fleissige Controle der Trommelfelle. Sobald eine Entzündung am Trommelfell auftritt — und dies ist fast immer nach kurzer Zeit der Fall — muss unter allen Umständen die Tamponade entfernt werden, um gefährliche Complicationen zu vermeiden. Im Uebrigen weist Autor auf die bekannte Herkunftsstelle der meisten spontanen Nasenblutungen hin, die bei richtiger Untersuchung und entsprechender Behandlung überhaupt keine Tamponade erfordern, bespricht die Technik der Nasenuntersuchung und entsprechende Therapie und schliesst die für Ausnahmefälle zu reservirende Technik der Nasenrachentamponade an. HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

62) **A. Moeller** (Berlin). **Mundhygiene und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1910.*

M. berichtet über einen 13jährigen Knaben, bei dem er den Infectionsweg für die Lungentuberculose von einem cariösen Backenzahn aus über die mittlere und vordere Glandula submaxillaris und die oberen Halsdrüsen bis zur Lungenspitze nachweisen konnte. Wenn auch „im Allgemeinen cariöse Zahnabscesse als Eingangspforte für Tuberkelbacillen seltener in Betracht kommen gegenüber der häufigen Einwanderung durch die Weichtheile, Tonsillen, Schleimhäute etc., so spielen doch die cariösen Zähne indirect durch Druckläsionen der Schleimhaut" etc. eine wichtige Rolle. Ausserdem finden sich in Zungen- und Zahnbelägen relativ oft Tuberkelbacillen und können bei schlechter Mund- und Zahnpflege auf verschiedenen Wegen (aerogen, lymphogen und haematogen) zur Lungentuberculose führen.

Unter Hinweis auf seine Untersuchungsergebnisse in der Charlottenburger Schul-Zahnklinik bezüglich Zahn- und Mundpflege einerseits und andererseits Allgemeinerkrankungen, Anämie, Lungentuberculose und Intelligenz schildert Autor die Bedeutung der Mundhygiene im Allgemeinen und bei Lungenkranken, sowie zur Durchführung der diätetischen Therapie im Besonderen und weist auf den Nutzen der Schulzahnklinik nach dieser Richtung hin. HECHT.

63) **Otto Keren** (Wien). **Ueber Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle bei einigen Dermatosen.** (Demonstrationsvortrag, gehalten gelegentlich der 81. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte zu Salzburg am 20. September 1909.) *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 1. 1910.*

Der durch die seinerzeitigen Demonstrationen noch viel instructivere Vortrag eignet sich nicht zum Referat und muss im Original nachgelesen wurden. Besprochen werden:

1. Erythema multiforme.
2. Erythema urticatum.
3. Toxische Exantheme (Copaivabalsam, Hydrargyrum, Antipyrin).
4. Pemphigus.
5. Lichen ruber planus.
6. Lichen planus pemphigoides.

7. Lupus erythematodes.
8. Akanthosis nigricans.
9. Xeroderma pigmentosum.
10. Sklerodermie.
11. Naevus Pringle.
12. Multiple Teleangiektasien.
13. Xanthoma diabeticorum.
14. Sarcoma idiopathicum (Kaposi).

HECHT.

64) **Bernard Le Roy. Die bakteriologische Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle. (The bacteriological examination of the mouth and fauces.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Wo zahlreiche Streptokokken vorhanden sind, ist der Verlauf der Krankheit sehr schwer und oft tödtlich; wo der Bacillus Influenzae in Menge sich findet, leidet der Patient unter hohen Temperaturen; findet sich der Bacillus fusiformis, so haben wir Eiter und Foetor, jedoch verläuft die Krankheit gewöhnlich milde und selten tödtlich; bei allen Reconvalescenten findet sich der Hofmann'sche Bacillus; diese Bacillen erzeugen im Gegensatz zu den Diphtheriebacillen in Milch und Glycose Alkali.

LEEFFRTS.

65) **Ewald** (Wien). **Die Krankheiten des Mundes und der Speicheldrüsen.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 1 ff. 1910.*

Vom chirurgischen Standpunkte erörtert.

HANSZEL.

66) **Preis. Ueber faulen Geruch aus dem Munde. (O gnilestnom sapache iso rta.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. p. 274. 1908.*

Nichts Neues.

P. HELLAT.

67) **Herman B. Allyn. Die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Mundes und Allgemeinerkrankungen. (The relations between diseases of the mouth and systemic diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Verf. giebt eine Darstellung davon, wie Gingivitis, Stomatitis und Zahncaries durch Fortleitung von Bakterien und toxischen Producten zu Allgemeinerkrankungen führen können und wie andererseits jene locale Affectionen der Ausdruck einer bestehenden allgemeinen Krankheit sein können.

LEFFERTS.

68) **Bittner. Primärer Lupus der Gingiva.** (Aerztlicher Verein in Brünn, Sitzung vom 21. April 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1909.*

Ulcerationen und rothe leicht blutende Knötchen an der Gingiva des rechten Oberkiefers. (Histologischer Befund fehlt.)

HANSZEL.

69) **Wilhelm Pfaff. 1. Die Zahnheilkunde in ihren Beziehungen zu den Naturwissenschaften und der Medicin. 2. Ueber die Entwickelung der Orthodontie.** *Sammlung von Vorträgen aus dem Gebiete der Zahnheilkunde. Heft 1 u. 2.*

In dem ersten Heft werden den Rhino-Laryngologen besonders die Bemerkungen über Kiefercysten und Kiefergeschwülste, sowie über Deformitäten des Gaumens interessiren.

Bei den engen Beziehungen der anormalen Zahnstellungen zur Mundathmung und bei deren gegenseitiger therapeutischer Beeinflussbarkeit wird die Lectüre des zweiten Heftes auch dem Rhinologen viel des Interessanten bieten. FINDER.

70) **O. Wieser** (Lemberg). **Ein Fall von primärer Nasen- und Zahnfleischtuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 9. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte einer 16jährigen Patientin. Keine Heredität, alle anderen Organe gesund. HECHT.

71) **W. Herrenknecht** (Freiburg i. Br.). **Zur Prophylaxe der Zahncaries.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1910.*

H. betont, dass es unmöglich ist, die Mundhöhle keimfrei zu machen und zu erhalten, und dass dies auch gar nicht den physiologischen Vorbedingungen entspricht. Er erörtert die Werthlosigkeit der zahlreichen, mit grosser Reklame empfohlenen antiseptischen Mundwasser etc., deren einziger Werth darin bestehe, dass manche Menschen überhaupt zu einer entsprechenden Mundpflege veranlasst werden. Auch die regelmässige Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd, chlorsaurem Kali, Lysol, Sublimat, Salicylsäure etc. ist wegen ihrer Schleimhaut und Zahnsubstanz schädigenden Wirkung zu verwerfen. Der Hauptwerth liegt in der mechanischen Reinigung, für die Autor eine Reihe Anweisungen giebt, denen er Rathschläge für eine im frühen Lebensalter bereits beginnende, rationelle Zahnpflege anschliesst. HECHT.

72) **G. Hudson Makuen. Die Gaumentonsillen und die Zähne. (The faucial tonsils and the teeth.)** *N. Y. Medical Record. 3. Juli 1909.*

Kranke Gaumenmandeln beeinflussen die Zähne nach drei Richtungen: Erstens durch Beeinträchtigung der allgemeinen Ernährung, zweitens, indem sie durch die zahlreichen in ihren Lacunen enthaltenen Bakterien dazu beitragen, dass die Zähne von solchen afficirt werden, und drittens, indem sie mechanisch durch Druckwirkung die Zahnrichtung und die Kieferentwickelung stören. Der letzteren — bisher in der Literatur nicht erwähnten — Wirkung schreibt Verf. eine grosse Bedeutung zu.

Makuen plaidirt dafür, bevor man die Zähne und die Kiefer therapeutisch in Angriff nimmt, zunächst alle von den lymphatischen Organen bedingten Hindernisse für ihre Entwickelung zu beseitigen. LEFFERTS.

73) **Batut. Chronische submaxillare Adenophlegmone dentalen Ursprungs. (Adéno-phlegmone chronique sous-maxillaire d'origine dentaire.)** *Société de médecine militaire française. November 1909.*

Patient wurde 3 Monate lang ohne Erfolg behandelt. Bei einer breiten Incision fand man schliesslich ein Loch im Unterkiefer; die Extraction einer Zahnwurzel führte die Heilung herbei. GONTIER de la ROCHE.

74) **M. K. Federspiel. Mundathmung; ihr Einfluss auf die Entwickelung der Alveolarbögen und Kiefer. (Mouth breathing; its influence on the development of the dental arches and jaws.)** *Milwaukee Medical Journal. April 1909.*

Die abnorme Lage der Zunge beim Offenstehen des Mundes beeinträchtigt

die Entwickelung des Oberkiefers. Bleibt die Mundathmung unbehandelt, so wird durch das ständige Offenstehen des Mundes die mechanische Action der Muskeln verändert; der Unterkiefer wird nach unten und distalwärts gezogen durch die hinter dem Kinn inserirenden Muskeln.

Die am schwersten zu behandelnde Form des mangelhaften Verschlusses ist der offene Biss.

Verf. giebt zum Schluss die Grundsätze für die Behandlung der Mundathmung.

EMIL MAYER.

75) **Leon S. Medalia. Opsoninthorapie bei Alveolarpyorrhoe. (Opsonic therapy in Pyorrhea alveolaris.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. Januar 1910.*

M. hat über 10000 Opsoninuntersuchungen vorgenommen und 4000 Patienten mittelst Opsonin- und Vaccinetherapie behandelt. Er hat sich dieser Behandlungsmethode auch mit grossem Vortheil bei Alveolarpyorrhoe bedient.

EMIL MAYER.

76) **W. H. Haskin. Einige interessante Fälle von Erkrankungen des Alveolarprocesses. (Some interesting cases of diseases of the alveolar process.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Es werden 12 Fälle mitgetheilt; in der Mehrzahl handelte es sich um Osteomyelitis des Kiefers infolge Zahnerkrankung; in vielen Fällen bestanden eiternde Fisteln infolge von Caries.

EMIL MAYER.

77) **P. Pietri. Die Speichelcysten der Parotis. (Des kystes salivaires de la parotide.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 2. 1910.*

Gelegentlich eines vom Autor beobachteten Falles von Cyste der Parotis bespricht der Autor dieses im Allgemeinen weniger bekannte Capitel. Im kurzen historischen Abschnitt werden der eigene Fall und hierauf neun andere, aus der Literatur zusammengetragene Fälle kurz berichtet. Ganz kurz wird die pathologisch-anatomische Seite berührt, nachdem die chemische Analyse des Cysteninhaltes schon vorher gelegentlich des mitgetheilten Falles angeführt worden ist. Was die Natur dieser Cysten anlangt, so äussert sich Pietri nicht positiv darüber, sondern begnügt sich, die zahlreichen Theorien über die Entstehungsart dieser Gebilde aufzuzählen (Verstopfung des Stenon'schen Ganges oder eines kleinen Ausführungsganges, cystische Entartung der Schleimhaut etc.). Am ehesten würde Pietri noch die Hypothese von der congenitalen Natur dieser Tumoren annehmen, wie sie zuletzt von Morestin (1902) vertheidigt worden ist. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Hemmungsmissbildung eines in der Parotis eingeschlossenen Drüsenpfropfes. Hierdurch erklärt sich auch die relative Unabhängigkeit dieser Cysten vom Parotisgewebe.

LAUTMANN.

78) **K. Yagita und S. Hayama. Ueber das Speichelsecretionscentrum.** *Neurol. Centralbl. No. 14. S. 738. 1909.*

Verff. durchschnitten die Chorda tympani, den Secretionsnerven der Gland. sublingualis und submaxillaris. Bezüglich der Zelldegenerationen kamen Verff. zu

ähnlichen Resultaten wie Kohnstamm, der zuerst den Nucl. salivatorius sup. nach Chordadurchschneidung feststellte, und zwar zwischen dem Deiter'schen Kern und dem Facialiskern. Die Parotis erhält ihre Secretionsfasern aus dem N. glossopharyngeus. J. KATZENSTEIN.

79) **H. Schlesinger. Gaumengeräusche.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 13. Mai 1909.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 24. 1909.*

Demonstration einer Frau mit beinahe continuirlichen, durch Erregung häufiger werdenden Geräuschen, welche wahrscheinlich durch Gaumensegelkrämpfe bedingt werden. Vielleicht wird der Krampf reflectorisch von den vorhandenen Nasenpolypen ausgelöst. HANSZEL.

80) **Jacques** und **Hautcheff. Streptokokkenulceration des Gaumens. (Ulcère streptococcique du voile.)** *Revue hebdom. No. 28. 1909.*

Casuistische Mittheilung. Semon's bekannter Analogiefall (Pneumococcus) ist nicht erwähnt. LAUTMANN.

81) **Jeanne Bouteil. Drei Fälle von Synechie des weichen Gaumens und des Pharynx nach Adenotomie. (Trois cas d'adhérences du voile du palais au pharynx consécutives à l'ablation de végétations adénoides.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 12.*

Die zwei ersten Fälle sind von Frl. Bouteil selbst beobachtet worden, der dritte Fall wurde ihr von Dr. Grossard mitgetheilt. In allen 3 Fällen war die Symptomatologie und die Anamnese dieselbe. Einige Monate nach der Adenotomie stellten sich allmählich dieselben Störungen ein, wie die vor der Operation bestandenen. Als Ursache wird nach zwei Jahren eine Synechie zwischen hinterer Velum- und Pharynxwand entdeckt. In allen 3 Fällen wurden plastische Operationen zur Behebung der Störung mit gutem Erfolg unternommen.

LAUTMANN.

82) **A. Martin** (Barcelona). **Verlängerung der Uvula in das Gaumensegel hinein. (Prolongacion intravélica de la úvula.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la Garganta. Juni 1908.*

Die Exstirpation wurde mittels der Scheere gemacht. Die sehr starke Blutung wurde dadurch gestillt, dass ein mit Wasserstoffsuperoxyd getränkter Tampon in die Mandelnische gedrückt wurde. TAPIA.

83) **Falk** (Bad Ems). **Therapie der chronischen Pharyngitis.** *Med. Klinik. 7. 1910.*

Zur Behandlung der trockenen atrophischen Pharyngitis verwendet Falk Puriopin sowohl rein als mit Menthol oder Sol. Lugol vermischt in Form von Pinselungen oder Inhalationen. SEIFERT.

84) **Pollak. Tuberculose des Rachens.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 2. December 1909.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 3. 1910.*

4jähriges Kind mit Lungenphthise. Uvula, weicher Gaumen und Tonsillen

grauweiss belegt, dazwischen miliare Geschwürchen. Fieber, Drüsenschwellung. Mikroskopisch Tuberkelbacillen nachgewiesen. Tuberculinempfindlichkeit sehr gering.

HANSZEL.

85) **Harold S. Barwell. Mittheilung über einige nicht-tuberculöse Halscomplicationen der Phthise. (A note on some non-tuberculous throat complications of Phthisis.)** *Lancet. Vol. I. p. 1249. 1909.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf einfache Laryngitis, Pachydermie, wirkliche Stimmbandlähmungen entweder als Folge vergrösserter Bronchial- oder Trachealdrüsen, wenn es sich um eine linksseitige Recurrensparalyse handelt, oder — wenn das rechte Stimmband gelähmt ist — als Folge einer directen Mitbetheiligung des rechten Recurrens in seinem Verlaufe nahe der rechten Lungenspitze.

WATSON WILLIAMS.

86) **John A. Thompson. Erysipel des Rachens. (Erysipelas of the throat.)** *The Lancet Clinic. 29. Mai 1909.*

Im ersten Fall war die Diagnose zweifelhaft, bis im Gesicht das Erysipel auftrat; im zweiten Fall wurde die Diagnose auf Grund der Rachensymptome allein gestellt.

EMIL MAYER.

87) **Richard Mc. Kinney. Streptokokkeninfection im Halse. (Streptococcic infections in the throat.)** *Journal of the American Medical Association. 29. Mai 1909.*

Verf. beschreibt eine Epidemie von Streptococcusinfection des Halses, ähnlich derjenigen, die Alice G. Bryant und T. O. Hollick beschrieben haben. Die Krankheit trat unter dem Bilde eines Exsudats auf und hatte Aehnlichkeit mit Diphtherie.

EMIL MAYER.

88) **Giuseppe Solaro. Ueber drei Fälle von primärer Pharynxgangrän. (Sopra tre casi di gangrena primitiva della faringe.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. September 1909.*

Es handelt sich um Fälle, die junge Leute (17, 22, 25 Jahre alt) betrafen, die sich in bester Gesundheit befanden, von denen jedoch zwei unter sehr ungünstigen äusseren hygienischen Bedingungen lebten. Im ersten Fall hatte die Gangrän beide Tonsillen zerstört; der Verlauf war ein sehr acuter und der Patient starb am 5. Tage an Septikämie und Bronchopneumonie.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine circumscripte Gangrän, die auf beiden Tonsillen eine sich tief in das Gewebe hinein erstreckende Ulceration bewirkt hatte, die vollkommen excavirt erschien. Der Verlauf war ein kurzer, am 6. Tage fiel das Fieber kritisch ab und der Process kam zum Stillstand.

Sehr ausgebreitet waren die Zerstörungen im dritten Fall; beide Tonsillen waren zu Grunde gegangen, ebenso ein Theil des weichen Gaumens und des Zungengrundes; auch die Plica ary-epiglottica war ulcerirt. Exitus am 18. Tage infolge Pericarditis, Pleuritis fibrinosa, Sepsis.

In allen Fällen waren die Veränderungen beiderseitig und fast symmetrisch.

Auffallend war der niedrige Puls (70—76) bei sehr erhöhter Temperatur (über 39°), was Verf. auf die Resorption von Ptomainen zurückführt.

In zwei Fällen wurden Streptokokken in Reincultur nicht nur im Exsudat, sondern auch in der Tiefe der Gewebe gefunden. FINDER.

89) Helman. **Beitrag zur Casuistik des Aneurysma der Arteria carotis interna. (Przyczynek do kazuistyki tetniaków gardzieli.)** *Medycyna. No. 29, 30. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem er bei einer 56jährigen Frau, die seit einem Jahre einzig über das Gefühl von einem Fremdkörper im Rachen klagte, Ausbuchtung fast des ganzen rechten weichen Gaumens und der entsprechenden Pharynxseite fand. Für den ersten Augenblick machte diese Ausbuchtung den Eindruck eines peritonsillären Abscesses. Genaue Besichtigung, Fehlen einer entzündlichen Reaction, Mangel an Schluckbeschwerden, deutliche Pulsation der gesammten ausgedehnten Gegend und die Langwierigkeit des Processes sprachen für die Anwesenheit eines Aneurysma Art. carot. int. Der Verf. stellt 12 aus der Literatur bekannte Fälle zusammen, und bespricht dabei die differentiale Diagnostik und die aus falscher Diagnose entstandenen falschen Prognosen.

A. v. SOKOLOWSKI.

90) Harold Hays. **Das Pharyngoskop. (The Pharyngoscope.)** *The Lancet. Juli 1909.*

Beschreibung des vom Verf. bereits an anderen Stellen (cf. Centralbl. dieser Jahrgang S. 52) publicirten Apparats. EMIL MAYER.

91) Percy Fridenberg. **Pharyngoskopische Studien. (Pharyngoscopic studies.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Als einen der Vortheile des Hays'schen Instruments bezeichnet es Verf., dass man bei dem langen Liegenlassen des Instruments gewisse physiologische Acte, wie Gähnen und Schlucken, sowie pathologische Vorgänge, wie Husten und Würgen in Ruhe studiren kann. Beim Würgen ist die Thätigkeit des Azygos uvulae auffallend: die Spitze der Uvula weicht zurück und scheint sich in den Stumpf hineinzuziehem, der ganze weiche Gaumen steigt an und wird gespannt. Der Nasenrachenraum wird eingeengt, dadurch dass seine Wände sich in Parallelogrammform einander nähern. Der obere Theil der hintern Pharynxwand wölbt sich etwas nach unten vor, die Tubenwülste rücken ein wenig nach der Mittellinie vor. Bei starken Würgbewegungen kommen die gegenüberliegenden Flächen in wirkliche Berührung und man sieht, wie grosse Schleimmassen in den Rachen hineingepresst werden.

Bei Blutungen im hintern Theil der Nase kann man die blutende Stelle genau bestimmen, was natürlich für die Blutstillung von grösster Bedeutung ist.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

92) **G. H. Lemoine** (Paris). **Die Diphtheriebacillenträger. (Les porteurs de bacille diphtériques.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. Februar 1910.*

Gesunde Bacillenträger, die nicht an Diphtherie erkrankt sind, sind ungefährlich, ob die aufgefundenen Bacillen nun virulent sind oder nicht. Bei Kranken ist die Isolirung eine gebotene Maassnahme. Bei Reconvalescenten nach Diphtherie ist der einfache Nachweis von Bacillen kein genügender Grund, um eine Isolirung zu verlangen; es muss noch irgend eine Folge der Krankheit vorhanden sein, z. B. Coryza, hartnäckige Pharyngitis etc. GONTIER de la ROCHE.

93) **Benini. Ueber sudanephile Leukocyten bei der Diphtherieinfection. (Sulla presenza dei leucociti sudanefili nell'infezione difterica.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1908.*

Bei der Diphtherie des Menschen finden sich im Blut sudanophile Leukocyten, aber keine Eiterzellen; die sudanophilen Leukocyten sind bei der Rachendiphtherie nicht zahlreicher als beim Croup, sie sind bei den schweren Formen zahlreicher als bei den leichten und können so als Index für die Schwere des Falles dienen; sie nehmen am dritten Tage der Cur an Zahl ab und verschwinden dann mit zunehmender allgemeiner und localer Besserung; sie werden von den Seruminjectionen nicht direkt beeinflusst, sie treten wieder auf bei fieberhaften Complicationen, dagegen nicht bei postdiphtheritischen Lähmungen; ihr Vorkommen beruht auf einer Einwirkung des Toxins auf die Leukocyten des Blutes.

FINDER.

94) **William H. Park. Antidiphtherieserum und antidiphtherische Lösungen. (Antidiphtheric serum and antidiphtheric solutions.)** *Journal American Medical Association. 22. Januar 1910.*

Verf. spricht von den Diphtherieantitoxin enthaltenden Globulinlösungen. Er wirft die Frage auf, ob sie die wirksamen Substanzen des ganzen Serums enthalten und — wenn dies der Fall ist — ob sie ausser der Concentration vor dem ganzen Serum Vortheile besitzen. Verf. machte Versuche mit dem ganzen Serum und den Modificationen von Gibson und von Bauzhaf. Erythema und andere Nebenwirkungen treten zweifellos weniger häufig nach den Gibson-Injectionen als nach dem ganzen Serum und etwas seltener nach den Bauzhaf- als nach den Gibson-Injectionen auf.

Verf. hat die Behauptung einiger französischer und österreichischer Forscher, wonach der Heilwerth des Serums nur zum Theil auf dem Antitoxin beruht, ja wonach dieses den unwichtigsten Bestandtheil des Serums bilden soll, nicht bestätigt gefunden, sondern ist zu dem Resultat gelangt, dass das Antitoxin die einzig wirkende Substanz in dem Antidiphtherieserum sei. EMIL MAYER.

95) **A. A. Warden. Ein Wort für die Anwendung des Antidiphtherieserums bei Masernlaryngitis. (A plea for the use of antidiphtheric serum in the Laryngitis of Measles.)** *Lancet. Vol. I. p. 1385. 1909.*

Verf. stellt es als Grundsatz auf, dass man bei Masernlaryngitis nicht erst

die bakteriologische Diagnose abwarten, sondern gleich Antidiphtherieserum injiciren solle.

WATSON WILLIAMS.

96) **C. H. Shutt. Kehlkopfdiphtherie. (Laryngeal diphtheria.)** *Journal of the American Medical Association. 5. Februar 1910.*

Verf. plaidirt der instrumentellen Behandlung der beginnenden diphtherischen Stenose gegenüber für eine häufigere Anwendung der medicamentösen Mittel: Inhalationen, eventuell Emetica; was das Antitoxin betrifft, so räth er, alle vier bis sechs Stunden kleine Dosen zu geben. Die Intubation räth Verf. nur da anzuwenden, wo eine intelligente Pflege zur Hand und der Arzt leicht zu erreichen ist.

EMIL MAYER.

97) **Karl Kaspar** (Nürnberg). **Fortschritte in der Intubationsbehandlung der diphtheritischen Stenose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1910.*

Kaspar bespricht die möglichen Schädigungen des Intubationsverfahrens und weist darauf hin, dass bisher schon eine Reihe Symptome angegeben wurden, die den drohenden Decubitus — meist an der Vorderseite des Ringelknorpels — anzeigen sollten. Diese Erscheinungen, das häufige Aushusten der Tube und die immer kürzer werdende Zeit, in der das Kind ohne Tube athmen kann, sind jedoch meist nicht mit Sicherheit diagnostisch verwerthbar. Autor geht nun von einem neuen Gesichtspunkt aus: Die Vulnerabilität der Kehlkopfschleimhaut steht in directem Verhältniss zur toxischen Schädigung der Gewebe durch die Diphtherie; den Grad dieser toxischen Schädigung der Gewebe ermisst Autor am Auftreten einer Albuminurie und an deren Stärke. Des ferneren sind pastöse, lymphatische Kinder und solche, die kurz vorher noch eine andere Infectionskrankheit (Masern oder Scharlach) überstanden haben, bezw. noch daran leiden, nicht recht zur Intubation geeignet. Hier darf die Tube nur kurze Zeit, höchstens 24 Stunden verwendet werden; ist dann die Athmung noch nicht frei, muss tracheotomirt werden. Einen weiteren Fortschritt zur Vermeidung eines Decubitus und in die Wegeleitung einer Heilung noch nicht zu ausgedehnter Geschwüre brachten die noch wenig verwendeten neuen Bronceheiltuben O'Dwyer's, die durch die Aenderung ihrer Form und die Beigabe von Alaun, derartig erfolgreich wirken, dass ein schwerer Decubitus in dem Cnopfschen Kinderspital nun „ein ganz seltenes Ereigniss geworden" ist. Gleichzeitig ist die Anzahl der nothwendig gewordenen Tracheotomien sehr stark zurückgegangen.

HECHT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

98) **Max Scheier** (Berlin). **Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Es ist dem Verf. gelungen, mit Hilfe des „Grissonators" die Belichtungszeit für den Kopf auf 1 bis 2 Secunden abzukürzen; durch ganz starke Stromstärken konnte man sogar unter eine Secunde herabgehen. Bei dieser kurzen Expositionszeit war es möglich, deutlich die Einzelheiten und die Gestalt des Ansatzrohres bei den verschiedenen Stellungen zu Gesicht zu bringen. Von besonderer Wichtig-

keit erscheint das Hervortreten des weichen Gaumens in einer Deutlichkeit, wie es bisher nicht in gleicher Weise gelungen ist (siehe Tafeln). Es ergab sich aus den Aufnahmen, dass das Gaumensegel, das im Ruhezustande schlaff herunterhängt, bogenförmig gewölbt ist und gegen den harten Gaumen einen mehr oder weniger grossen Winkel bildet, beim Phoniren stark gehoben wird und durch die Contraction des Levator veli palatini einen scharfen Knick nach vorn bekommt. Nur der obere Theil des Segels, den man in Verlängerung des harten Gaumens sieht, legt sich mit seiner hinteren Fläche an die Pharynxwand an, während der senkrechte untere Teil nicht an die Rachenwand herantritt.

In Bezug auf die Stellung des Kehlkopfes bei Phonation und Gesang fand Verf. bei den verschiedenen Untersuchten verschiedene Verhältnisse. Im Allgemeinen stand der Kehlkopf bei Phonation von J am höchsten, senkte sich entsprechend der Reihenfolge der Vokale, um bei U am tiefsten zu stehen. Beim Gesange kommen sehr individuelle Unterschiede vor. Bei manchen verharrt der Kehlkopf bei verschiedenen Tönen fast in derselben Stellung, bei anderen steigt er mit ansteigender Tonhöhe herauf.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **T. Alexander Davies. Der Kehlkopf bei der Tonbildung. (The Larynx in tone production.)** *The Canada Lancet. Juli 1909.*

Verf. bespricht den Mechanismus der Tonbildung bei den verschiedenen Stimmregistern.

EMIL MAYER.

100) **G. Hudson Makuen. Die Wirkung der Respirationsmuskeln bei der Stimmbildung. (The action of the respiratory muscles in the production of the voice.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Thätigkeit der Athemmuskeln bei der Stimmbildung unterscheidet sich in einigen wichtigen Punkten von ihrer Thätigkeit beim passiven Athmen. 2. Während die Function des Diaphragmas beim passiven Athmen inspiratorisch ist, muss sie beim activen oder künstlichen Athmen expiratorisch sein. 3. Obwohl man das Diaphragma im Allgemeinen unter die unwillkürlichen Muskeln rechnet, kann seine Wirkung doch, wie die so mancher andrer unwillkürlicher Muskeln dem Willen untergeordnet werden. 4. Der richtige Gebrauch der Athemmuskeln zum Singen und Sprechen kann durch Uebung erworben und muss durch Stimmlehrer gelehrt werden.

EMIL MAYER.

101) **Marage. Künstliche Hervorbringung der Kehlkopfstimme. (Production artificielle de la voix laryngée.)** *Académie des sciences. 22. November 1909.*

Wenn man durch den frisch exstirpirten Kehlkopf eines Hundes einen Luftstrom unter ungefähr 200 mm Wasserdruck hindurchgehen und zugleich einen schwachen elektrischen Strom wirken lässt, so hört man den Kehlkopf je nach den gereizten Muskeln in einem tiefen oder hohen Tone bellen.

Daraus schliesst Verf., dass dem Kehlkopf die Hauptrolle bei der Bildung der Vokale zukommt und dass die Mundhöhle nur zur Verstärkung oder Umformung dient.

GONTIER DE LA ROCHE.

102) **H. Gutzmann** (Berlin). **Zur Messung der relativen Intensität der menschlichen Stimme.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 223. 1909.*

In der äusserst gründlichen Arbeit, die sich auf viele eigene Versuche stützt, kommt G. zu folgenden Resultaten: Wir haben bis jetzt noch kein zuverlässiges Mittel, um die Intensität der Stimme absolut zu messen. Die relative Messung der Stimmintensität durch Messung des Athemvolumverbrauches bei gleichbleibender Tonhöhe und gleichbleibendem Klange giebt ein gutes Bild von der Genauigkeit, mit welcher die einzelnen Kräfte bei der Stimmgebung coordinirt werden. Gute Sänger vermögen die einmal eingenommene Intensität der Stimme inne zu halten mit einem durchschnittlichen Fehler von 8—9 pCt. beim Forte und 7 pCt. beim Piano.

OPPIKOFER.

103) **Imhofer** (Prag). **Ueber Phonasthenie bei Sängern.** *Prager med. Wochenschrift. No. 45. 1909.*

Bei Sängern, Rednern, Schauspielern usw. eine sehr häufige Erkrankung, von welcher J. 36 Fälle genau beobachtete. Er bezeichnet als Phonasthenie eine Störung der Function des Stimmorganes, dahin gehend, dass das Princip des kleinsten Kraftausmaasses bei der Stimmbildung durchbrochen wird und zwar entweder dadurch, dass zur Hervorbringung eines Tones mehr Kraft verwendet wird als nöthig ist oder dass die Stimmbandmuskulatur einem bestimmten Impuls nicht mehr in gewohnter Weise gehorcht.

Als häufigste Ursache fand J. fehlerhaften Gebrauch der Stimme und giebt schliesslich diagnostische und therapeutische Winke.

CHIARI.

104) **S. Flatau** (Berlin). **Zur Symptomatologie und Behandlung der functionellen Stimmschwäche.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 119.*

Verfasser weist vorerst auf den hohen Werth der Functionsprüfung bei Störungen der Singstimme hin. Dann werden Symptome und Therapie der functionellen Stimmschwäche eingehend erörtert. Am Ende der Arbeit entwickelt F. in kurzen Zügen die Grundlage für die Leitung einer systematischen Uebungstherapie.

OPPIKOFER.

105) **Theodor S. Flatau. Neue Beobachtungen über Phonasthenie. (Recent observations concerning Phonasthenia.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Aus dem Deutschen übersetzt.

EMIL MAYER.

106) **Giuseppe Braude. Reine Worttaubheit oder reine sensorielle subcorticale Aphasie. (La sordità verbale pura afasia sensoria sottocorticale pura.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1908.*

Es handelt sich um einen 45jährigen Mann ohne hysterische Stigmata oder locale Veränderungen am Gehörorgan, der aber an einem Herzfehler leidet und plötzlich von partieller beiderseitiger Taubheit betroffen wird; er versteht die Worte nicht und nimmt sie nur als Geräusch wahr, er versteht ihren Sinn nicht

hört aber das Ticken der Uhr und die sämtlichen Bezold'schen Stimmgabeln. Der Fall ist deshalb bemerkenswerth, weil die Worttaubheit wahrscheinlich organischen Ursprungs ist; Verf. führt sie auf Gefässveränderungen thrombotischer oder embolischer Natur zurück, die auf den Herzfehler zu beziehen sind.

FINDER.

107) **J. Broeckaert** (Gent). **Worttaubheit und Neuritis optica durch einen Tumor des linken Temporallappens; breite Craniectomie. (Surdité verbale et névrite optique par tumeur du lobe temporal gauche. Large craniectomie.)** *Journal de chir. et Annal. de la Soc. Belge de chir. No. 8. 1909.*

B. machte eine breite Craniectomie, stiess auf den Tumor, konnte denselben aber wegen einer heftigen Blutung nicht enucleiren.

Die Autopsie ergab eine hühnereigrosse Geschwulst, welche beinahe den ganzen linken Temporallappen einnahm. Dieselbe schien ihren Ausgang in dem Sphenoidaltheil dieses Lappens genommen zu haben und ist nach hinten und oben von einer Schicht anscheinend normaler Corticalsubstanz bedeckt.

Die histologische Untersuchung ergiebt ein vasculäres Glioma carcinomatodes.

BAYER.

108) **Mahaim. Ein Fall von Linsenkernläsien ohne Aphasie. (Un cas de lésion lenticulaire sans aphasie.)** *Bulletin de l'Académie de Méd. de Belgique. No. 2—3. 1909.*

Frau mit rechtsseitiger Hemiplegie seit 9—10 Monaten, erliegt einer neuen Apoplexie. Dieselbe zeigte eine motorische Aphasie oder Anarthrie nach P. Marie. Die Autopsie ergiebt, dass der Tod durch eine protuberantielle Hämorrhagie herbeigeführt wurde, ausserdem noch die Existenz einer ausgedehnten rechtsseitigen Lenticularläsion, herrührend von der ersten Hämorrhagie. Im Gegensatz zu den Marie- und Moutier'schen Anschauungen haben die Läsionen keine Aphasie veranlasst.

BAYER.

109) **Hans Schultze** (Thierarzt, Berlin). **Historisch-kritische Darlegung der Arbeiten über die Versorgung des Kehlkopfes, der Trachea und Bronchien mit vasomotorischen und sensiblen Nerven, nebst eigenen Versuchen über Gefässnerven der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngoloie. Bd 22. Heft 1. 1909.*

Sehr eingehende Arbeit mit guten Abbildungen und ausführlichem Literaturverzeichniss. Aus eigenen Versuchen schliesst Verf., dass die Vasodilatatoren für die Kehlkopfschleimhaut dem N. lar. sup. durch den N. vagus zugeführt werden und nicht vom Sympathicus stammen.

In Bezug auf die Gefässnerven der Trachea ergab sich, dass die Vasoconstrictoren im unteren Halstheil des Vagosympathicus enthalten sind und in den N. recurrens übergehen; dieser giebt sie an den Ramus trachealis ab, in dem auch die Dilatatoren verlaufen.

Die Gefässerweiterer, wenigstens für die oberen und mittleren Abschnitte der Trachealschleimhaut, werden auf dem Wege der oberen Kehlkopfnerven hinabgeführt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

110) **A. Iwanow. Die Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 459. 1910.*

J. prüfte die Sensibilität des Kehlkopfes bei verschiedenen Nervenkrankheiten (Gehirntumor, Hemiplegie, Bulbärparalyse, multiple Sklerose, Tabes, Syringomyelie, Hysterie u. a.) im Ganzen 124 Fälle.

Nach Verf. begegnet man Sensibilitätsstörungen viel seltener als Bewegungsstörungen und, wie es scheint, stehen sie nicht in ursächlicher Abhängigkeit zu einander. So beobachtet man stark ausgesprochene Bewegungsstörungen und dabei ist die Sensibilität des Kehlkopfes ganz normal; es giebt Fälle, wo die Sensibilität gestört ist und wo die Bewegungen des Kehlkopfes normal sind. Dieser Umstand spricht mehr für die Selbständigkeit der Wege der sensiblen und motorischen Nervenfasern des Kehlkopfes.

Die Sensibilität des Kehlkopfes kann nicht nur total, sondern auch theilweise, partial gestört werden. Hemianästhesien des Kehlkopfes sind nicht beweisend für Hysterie.

Demnach sprechen die bisherigen klinischen Beobachtungen mehr gegen die gemischte Natur der Fasern des Laryngeus inferior.

OPPIKOFER.

111) **A. Iwanow. Störung der Empfindung des Kehlkopfes. (Rostroistwo tschuwsteritel nesti gortani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. 1909.*

J. untersuchte 184 Nervenkranke, von denen 22 Sensibilitätsstörungen des Kehlkopfes aufwiesen.

Dabei verwahrt sich Autor gegen zu vorschnelle Schlussfolgerungen, indem man nur den Hustenreflex als massgebend betrachtet. Der menschliche Kehlkopf ist normaliter sehr verschieden erregbar.

Bei 23 Hemiplegischen fand sich keine Störung der Kehlkopfsensibilität. Auch in der Literatur konnte eine Bestätigung für die Angabe von Semon nicht gefunden werden.

In 3 Bulbärfällen auch keine Störung.

8 multiple Sklerotiker erwiesen sich als normal in Bezug auf den Kehlkopf.

Unter 4 Fällen von Scler. lat. amyotroph. fand sich einer mit deutlicher Herabsetzung der reflektorischen Empfindlichkeit bei Erhaltung des Temperaturschmerzsinnes.

3 Pseudobulbärfälle boten keine Veränderung.

Eigenthümliche Störung fand sich bei progressiver Muskelatrophie.

Auf 48 Tabiker Störungen in 4 Fällen, unter denen 3 keine Bewegungsstörungen aufwiesen. Temperaturempfindung war verändert in 3 Fällen, Tactile und Schmerzempfindung in 2 Fällen.

Auf 22 Fälle von Syringomyelie fanden sich 15 Sensibilitätsstörungen.

In 12 Fällen von Recurrensparalyse peripheren Charakters keine Veränderung.

Auf 18 Fälle von Hysterie, unter denen auch Aphonie, keine Sensibilitätsstörung.

Zum Schluss führt Autor einen Fall von Hemianästhesie des Kehlkopfes an, wo anfangs Hysterie angenommen wurde, wo es sich aber um ein Sarkom an der Schädelbasis handelte.

P. HELLAT.

112) **Notiz des Herausgebers. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Journal American Medical Association. 26. März 1910.*

Die Behandlung soll bestehen in: Ruhe, frischer Luft, Nahrungsaufnahme nur alle drei Stunden in nicht zu grossen Mengen; warmen Bädern; Gurgeln mit Borsäurelösung; wenn nöthig täglicher Darmentleerung mit Cascara; Eisen in irgendwelcher Form; wenn schwere Anfälle vorhanden sind, Antipyrin bei gleichzeitiger Darreichung von Digitalis; ist Antipyrin contraindicirt, so gebe man Codein oder Tinct. opii.

EMIL MAYER.

113) **C. R. Grandy. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juli 1909.*

Keuchhusten ist bei Kindern unter 5 Jahren als eine sehr ernste Krankheit zu betrachten; sie verläuft da häufiger tödtlich als Scharlach. Eine grosse Bedeutung kommt der Prophylaxe zu. Daher sollte vor Allem das Publikum über die wirkliche Bedeutung der Krankheit aufgeklärt werden. Die Krankheit muss gemeldet und alle Schutzmassregeln gegen ihre Verbreitung getroffen werden. Verf. räth eine strenge Quarantäne an; am besten sollten die keuchhustenkranken Kinder in ein ausserhalb der Stadt gelegenes Hospital gesandt werden.

EMIL MAYER.

114) **O. Federici. Ueber eine nicht häufige Complication des Keuchhustens. (A proposito di una complicazione non frequente della pertosse.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1908.*

Bei einem Knaben, der im Anschluss an Keuchhusten epileptische Anfälle bekam und starb, fand sich bei der Section eine entzündliche, nicht eitrige Thrombose der Hirnleiter. Es fanden sich Veränderungen der Intima der kleinen Arterien und Venen, sowie der Capillaren. Identische Veränderungen zeigten die Wände der Hirnleiter; die Folge davon war die vollkommene oder partielle Thrombose.

FINDER.

115) **Hönck** (Hamburg). **Ueber Behandlung des Keuchhustens und anderer Luftröhrenkatarrhe durch die Bauchmassage.** *Fortschritte der Med. 7, 8. 1910.*

Bei Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhen, sowie bei Keuchhusten wurden durch wiederholte Bauchmassage, deren Methodik genauer angegeben wird, gute Erfolge erzielt.

SEIFERT.

116) **L. Berliner** (Berlin-Reinickendorf). **Zur Therapie des Stickhustens. Eine Behandlung mit Chininsalbe auf dem Wege durch die Nase.** *Münchener med. Wochenschr. No. 7. 1910.*

Die Salbe besteht — je nach dem Alter des Kindes — aus 1—2,5 Chinin auf 10—15 g Adip. suillis, wird 3—4 × täglich mittelst Glasstäbchen in die Nase eingeführt etwa in Grösse einer Erbse. Das Kind befindet sich in Rückenlage, damit die Salbe nach hinten fliesst. Die durch ihre Einfachheit zweckmässige Methode lässt Zahl und Intensität der Krampfanfälle bald abnehmen. Die Cur muss wochenlang fortgesetzt werden.

HECHT.

117) **W. E. Casselberry. Kehlkopftuberculose. (Tuberculose of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 21. August 1909. Journal American Medical Association. 7. August 1909.*

Verf. will beweisen, dass die allgemeine Anschauung über den furchtbaren Charakter der Larynxtuberkulose nicht ganz gerechtfertigt ist und dass in manchen Fällen eine natürliche Resistenz besteht, die, wenn man ihr in geeigneter Weise zu Hülfe kommt, die Krankheit zum Stillstand gelangen lässt.

Unter 60 von ihm beobachteten Fällen waren 24 von vornherein hoffnungslos. Bei 22 trat eine zeitweise aber nicht permanente Besserung ein; von diesen starben 8 innerhalb 3—7 Jahren, das Schicksal der anderen ist unbekannt. In der dritten Gruppe von 11 Fällen war ein Stillstand der Erkrankung von 4—14 Jahren zu constatiren. Verf. empfiehlt Menthol, Tuberculin, Freiluftbehandlung.

LEFFERTS.

118) **Imhofer** (Prag). **Fünfzig Jahre laryngologischer Arbeit auf dem Gebiete der Kehlkopftuberculose.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. Marhold. Halle a. S. IX. 7,8. 1909.*

In dem ersten Capitel von der Kenntniss der Kehlkopftuberculose bei den ersten Laryngoskopikern erwähnt J., dass Czermack zwar schon hierhergehörige Fälle beschrieben, sie aber in ihrer Bedeutung noch nicht erkannt hat, während Lewin sie schon richtiger gewürdigt hat. Rühle kommt dem Wesen dieser Erkrankung schon viel näher, wenn er auch der Entstehung der Ulcerationen aus dem Zerfall der Miliartuberkel skeptisch gegenübersteht; er macht aber genaue differentialdiagnostische Angaben gegenüber der Syphilis. Mandl und Gerhardt zogen schon gewisse Functionsstörungen der Stimmbänder ohne Geschwüre und Infiltrate in den Kreis ihrer Beobachtungen. Bruns leitet die Ulcerationen aus den Tuberkeln her, glaubt aber, dass man ihnen ihren Charakter nicht ansehen kann.

Türck's Lehrbuch und Atlas sind dagegen klassische Erstlingswerke. Er beschreibt eingehend „die mit Lungentuberculose in Zusammenhang stehenden Kehlkopfkrankheiten“ und trennt sie von dem Carcinom und der Syphilis. Tobold kennt eine Phthisis laryngea, die aus einer tuberculösen Infiltration hervorgeht und eine durch Miliartuberculose bedingte.

Die schon von Belloc und Rousseau inaugurirten Insufflationen, Pinselungen und Inhalationen blieben zuvörderst allerdings unter Leitung des Kehlkopfspiegels im Gebrauch; Türck, Bruns und Marcet empfehlen Scarificationen bei Oedem.

In dem 2. Capitel: „Die pathologische Anatomie der Kehlkopftuberculose“ zeigt J., dass Türck als Tuberculose nur die Miliartuberkel gelten lässt, alle anderen Processe aber nur als mit Lungentuberculose in Zusammenhang stehende; das Oedem erklärt er durch allgemeine Circulationsstörungen. Die Auffassung von der nichttuberculösen Natur der Larynxaffectionen bei Tuberculose führte zu einer grossen Verwirrung (Capart, Duchek); dagegen sprach Ziemssen schon von einer „infectiös-destructiven Einwirkung des Cavernensecrets auf die oberflächliche Schleimhaut“.

Von der Prädilection gewisser Stellen für die Localisation der Tuberculose sprechen Rheiner und Lewin.

Die Frage des Mechanismus der Infection wurde verschieden beantwortet, bis Heinze's Arbeit „Die Kehlkopfschwindsucht" Klarheit brachte und das mikroskopische Studium der Larynxtuberculose inaugurirte. Die äussersten Consequenzen zog Eppinger, der die Erosionsgeschwüre im Kehlkopf der Phthisiker nicht als katarrhalische, sondern specifische auffasste; ihm stimmten Gouguenheim und Tissier bei. Diese Frage ist noch nicht einstimmig entschieden. — Neben der Louis'schen Sputuminfectionstheorie tauchte die Hypothese der hämatogenen und lymphogenen Entstehungsart der Larynxtuberculose auf. Jene wurde weiter gestützt durch Orth, Fischer, Heryng, E. Fränkel, Thost, Cornet; diese durch Korkunoff, Störck und Schnitzler. Die neueren Anschauungen schliessen ein Compromiss zwischen beiden.

Das 3. Capitel beschäftigt sich mit der Diagnose und Prognose der Larynxtuberculose. Es galt vor Allem die Differenzen gegenüber der Syphilis festzustellen, wobei sich herausstellte, dass beide Erkrankungen sich combiniren können (Schnitzler u. a.). B. Fränkel und Schoch wollten die Diagnose aus dem laryngoskopischen Befund stellen und ersterer vervollständigte seine Angaben durch Zuhilfenahme der bakteriologischen Untersuchung, nachdem Koch den Tuberkelbacillus entdeckt hatte. Loesch und Lublinski zeigten, dass eine diesbezüglicher negativer Befund nichts Sicheres gegen Tuberculose beweise. Um die Erforschung des Larynxlupus machten sich Chiari, Riehl und Grossmann verdient.

Für eine günstigere Prognose traten Zimmer, Störck und Capart ein, während Krishaber und Mackenzie dem alten Pessimismus huldigten. Ein Umschwung zu Gunsten der Heilbarkeit trat besonders nach den Publikationen von Krause und Heryng ein, deren Auffassung bald eine Reihe anderer Autoren beipflichteten.

In dem 4. Capitel „Die Therapie der Larynxtuberculose" giebt J. einen geschichtlichen Ueberblick und verweilt naturgemäss längere Zeit bei der Milchsäure- und chirurgischen Behandlung und der Tuberculintherapie und der Galvanokaustik. Weiter bespricht er die Tracheotomie, Laryngofissur und Totalexstirpation usw. Die nächsten Aufgaben der Laryngologie hinsichtlich der Larynxtuberculose fasst J. im letzten Capitel dahin zusammen, die nicht tuberculösen Veränderungen bei Tuberculose pathologisch-anatomisch zu studiren und dem Infectionsweg nachzugehen. Bei nicht ulcerirten Infiltraten soll man mit der Probeexcision sehr vorsichtig sein. Wichtig wäre die Aufklärung über den differenten Verlauf. Der Larynxphthisiker muss unbedingt das Object klinischer Behandlung sein.

A. ROSENBERG.

119) **Clarus** (Görbersdorf). **Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose in der Volksheilstätte.** *Brauer's Beitr. zur Klinik der Tuberculose. Bd. XV. 1910.*

Die von Clarus gegebene Darstellung soll nicht etwa ein umfassendes Bild der Therapie der Kehlkopftuberculose sein, sondern nur die im Weicker'schen Volkssanatorium in Görbersdorf zur Anwendung gelangten Methoden schildern.

Unter die allgemeine Behandlung ist das hygienisch-diätetische Heilverfahren und die specifische Behandlung rubricirt. Die örtliche Behandlung umfasst die physikalischen Methoden (Sonnenlicht- und Stauungsbehandlung), die medicamentöse Behandlung (Mentholöl, Milchsäure), sowie die chirurgische Behandlung (blutige Eingriffe, Galvanokaustik). Das Ideal, die Schweigecur, ist in den Volksheilstätten kaum zu erreichen.

SEIFERT.

120) **Semenow-Blumenfeldt. Zur Frage der Kehlkopftuberculose-Behandlung. (K weprosu letschenija tuberculesa gortani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 5. 1909.*

Autor giebt eine kurze Uebersicht über die Behandlung der Kehlkopftuberculose und geht dann über zur Casuistik seiner 14 mit dem Marmoreck'schen Serum behandelten Fälle. Alle 14 Fälle wurden geheilt, daher der etwas gehobene Ton des Artikels.

P. HELLAT.

121) **A. Rosenberg. Primärer und secundärer Hautlupus. (Eine Bemerkung zu dem Artikel des Herrn Joseph Cohen.)** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. p. 501. 1910.*

Rosenberg theilt mit, dass bei einem der drei von ihm publicirten Fälle von primärem Larynxlupus sich ein secundärer Hautlupus eingestellt hat, eine Angabe, die J. Cohen übersehen hat.

OPPIKOFER.

122) **A. Aronson** (St. Petersburg). **Ueber Larynxcondylome.** (Aus der Königl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg i. Pr.). *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. S. 92. 1909.*

Zusammenstellung der bisherigen Mittheilungen über Larynxcondylome und Mittheilung eines eigenen Falles, bei dem 9 Jahre nach der Infection, also zu einer Zeit, in der man nur gummöse Neubildungen zu erwarten gewohnt ist, im Larynx Papeln von durchaus secundärem Charakter gefunden wurden.

Die Statistik in Bezug auf Häufigkeit der Larynxcondylome giebt Zahlen, die von 3—70 pCt. schwanken.

An der Gerber'schen Poliklinik wurden bei 81 Patienten mit Larynxsyphilis 3mal Condylome = 3,7 pCt. gesehen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

f. Schilddrüse.

123) **Vincenzo Nicoletti. Ueber Einimpfungen und Ueberpflanzungen von Schilddrüsengewebe. (Sugli innesti ed i trapianti di tessuto tiroideo.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica di Roma. 1908.*

In seiner sehr umfangreichen Arbeit giebt Verf. zunächst eine kritisch-historische Uebersicht über alles, was bisher über diesen Gegenstand veröffentlicht worden ist, mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Cristiani und Ginevra.

Im zweiten Theil giebt Verf. die Resultate seiner eigenen Experimente wieder. Dieselben eignen sich nicht zur Wiedergabe im Referat. Jedoch sei hervorgehoben, dass es sich herausgestellt hat, dass Ueberpflanzungen der Schilddrüse beim

Menschen nicht ausführbar, dass daher für eventuelle therapeutische Zwecke bei strumipiven Zuständen nur die Impfungen nach Cristiani in Frage kommen.

FINDER.

124) **Isaac Ott** und **John C. Scott. Die Wirkung des Drüsenextracts auf Tetanie nach Parathyreodectomie. (The action of glandular extracts upon tetany after Parathyreodectomy.)** *N. Y. Medical Record. 4. September 1909.*

Verff. haben an 60 Katzen und 2 Hunden 133 Beobachtungen angestellt. Bei Katzen treten, wenn alle Parathyroiddrüsen entfernt worden sind, Symptome von Tetanie nach ungefähr 48 Stunden auf. Bei einigen alten Katzen blieben diese Symptome jedoch für 2 Wochen aus; Verf. meint, dass hier die Function der Hypophysis genügt, um die Tetanie hinauszuschieben. Ungefähr 3 Stunden nach der subcutanen Injection von Hypophysisextract bei Thieren mit Tetanie begannen die Symptome zu verschwinden, jedoch nach 24 Stunden traten sie wieder auf. In keinem Falle wurde der Tod durch die Injectionen von Hypophysisextract verhindert. Aus den Beobachtungen des Verf.'s ging hervor, dass es ein organischer in der Hypophysis enthaltener Körper sein muss, der auf die Tetanie wirkt. Verf. hat noch die Extracte verschiedener anderer Drüsen bei der Tetanie versucht (Thymus, Testikel, Prostata, Milz, Pankreas, Adrenalin etc.); sie hatten theils keine, theils nur geringe Wirkung.

Verf. kommt zu dem Resultat, dass die Tetanie nicht auf einem Mangel an Calcium, sondern auf einem Gift im Blute beruht.

LEFFERTS.

125) **Andrassy** (Böblingen). **Ueber Kropf und Kropfherz.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins. 5. 1910.*

Unter 112 von Andrassy ausgeführten Kropfoperationen wurde 14 mal Basedow'sche Krankheit diagnosticirt, 34mal fanden sich Störungen in der Herzthätigkeit. Der Einfluss der Kropfoperation auf das Herz ist dauernd günstig geblieben.

SEIFERT.

126) **Julius Vécsei. Zur Casuistik des Morbus Basedowii. Complicationen und atypische Fälle.** *Zeitschrift f. physikalische u. diätetische Therapie. 13. Bd. Heft 10.*

Mittheilung von 6 Fällen. Fall 1 mit Diabetes, Fall 2 mit Parese der linken Extremitäten, Fall 4 mit heftigen Diarrhöen, werden wesentlich gebessert entlassen; Fall 3, der vor Beginn der Kur an Gallensteinen gelitten hatte und bei der Aufnahme noch leicht ikterisch ist, starb 4 Monate nach der Entlassung, nachdem sich das Befinden während der Behandlung noch verschlechtert hatte, angeblich an Pneumonie; Fall 5 wird mit dem Verdacht der Erkrankung der Hypophysis und mit dem Rath zur Operation ungebessert entlassen und Fall 6 ist complicirt mit Dementia paralytica und stirbt nach der Entlassung plötzlich an „Herzschlag".

Die Behandlung bestand hauptsächlich in hydriatischen Maassnahmen, Ueberernährung, Massage, Liegekur, Galvanisation, Darreichung von Biocitin, mässigen Spaziergängen, dosirt je nach Lage des Falles.

SALZBURG.

127) **Viktor Wigert. Einige Fälle von Morbus Basedowi bei Geisteskranken. (Nagra fall af Morbus Basedowi hos tumesspika.)** *Hygiea. Juli 1909.*

Verf. giebt als Finleitung eine Uebersicht über die jetzige Auffassung von den psychischen Störungen bei dieser Krankheit und ihre Ursache und berichtet danach sehr vollständig über 7 Fälle.

E. STANGENBERG.

128) **Albert Kocher. Die Behandlung des Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1910.*

Das auf der Jahresversammlung schweizerischer Balneologen 1909 erstattete ausführliche Referat eignet sich nicht zu detaillirtem Bericht. Der Kern des Referats besagt: Die Hauptgrundlage der Basedow'schen Krankheit ist in einer Functionsveränderung der Schilddrüse zu suchen; das Substrat für diese veränderte Function liegt in einer quantitativen Veränderung specifischer chemischer Stoffe, deren Verarbeitung der Schilddrüse obliegt. Wenn auch die interne Therapie Erfolge zu verzeichnen hat — kritische Erörterung der verschiedenen therapeutischen Maassnahmen —, so stehen dieselben doch hinter der chirurgischen Behandlung bedeutend zurück. Die Schilddrüsenoperation hat fast ohne Ausnahme eine Besserung der Krankheit und, wenn richtig durchgeführt, eine Heilung zur Folge. Die Bedingung zur Vermeidung von Misserfolgen und zur Erzielung möglichst vieler wirklicher Heilungen ist die Frühoperation. Der nach der Operation persistirende Exophthalmus hängt nicht von dem Grad desselben, sondern von seiner Dauer ab. Durch Frühoperation kann auch hochgradiger Exophthalmus zum Verschwinden gebracht werden. Nach der Operation kann die vorher versagende interne Behandlung noch weitere Erfolge zeitigen. Hierzu eignen sich dann am Besten: „Curen in Höhenluft von 1000—1500 Metern, leichte Hydrotherapie in Form kühler Abwaschungen und Bäder, diätetische Maassregeln im Sinne eiweiss- und fettarmer Nahrung, Ruhecur unterbrochen von regelmässigen, methodisch zu steigernden Muskelübungen (Widerstandsbewegungen); innerlich Phosphor, Arsen ev. Eisen.“

HECHT.

g. Oesophagus.

129) **Kaufmann** und **Kienböck** (Wien). **Ueber Erkrankungen der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35—38 incl. 1909.*

Differentialdiagnostische Merkmale von hochsitzendem und tiefsitzendem Pulsionsdivertikel und der idiopathischen Dilatation der Speiseröhre auf Grundlage von radiologischen Untersuchungen und der Sondirung mit dem weichen Magenschlauch.

CHIARI.

130) **Ch. Gardère. Die Tuberculose des Oesophagus. (La tuberculose de l'oesophage.)** *Gazette des hôpitaux. 5. Februar 1910.*

Verf. hat 70 sichere Fälle von Speiseröhrentuberculose zusammengestellt. Die anatomischen Formen sind: Ulceration, skleröse Hypertrophie, die Perforation in Folge Durchbruchs einer verkästen Drüse.

GONTIER DE LA ROCHE.

131) **Guisez** und **Albrand** (Paris). **Syphilis der Speiseröhre. (Syphilis de l'oesophage.)** *Progrès Médical. 5. März 1910.*

Verf. berichten über einige Fälle von Syphilis des Oesophagus und zeigen den Werth der Oesophagoskopie für die Diagnose dieser Krankheit.

Man findet secundäre Erscheinungen in Form von Erosionen; am häufigsten sind jedoch die Gummata und die Narbenverengungen. GONTIER DE LA ROCHE.

132) **La Fetra. Spastische Strictur der Speiseröhre. (Spasmodic stricture of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 11. December 1909.*

Es giebt eine Anzahl von Fällen von Erbrechen im Kindesalter, die auf Spasmus des Oesophagus zurückzuführen sind. S. S. Adam hat der American Pediatric Society über einen solchen tödtlich verlaufenen Fall berichtet; Verf. ist in der Lage, einen analogen, von ihm intra vitam diagnosticirten Fall mitzutheilen.

SEIFERT.

133) **Max Einhorn. Bericht eines Falles von Oesophagusdilatation mit Heilung, nebst Beschreibung eines neuen Cardiadilatators.** *Zeitschr. f. physikalische u. diätetische Therapie. Bd. 13. Heft 6.*

Das Instrument besteht im Wesentlichen aus einer Metallspirale, welche mit einem Gummischlauch überzogen ist und in folgende Theile zerfällt: a) ein sich dilatirender Theil, b) ein biegsamer Stamm, c) ein Lenkrädchen, d) Griff, die Schraubvorrichtung für die Erweiterung des unteren Theiles (a) enthaltend, e) biegsamer Spiralstamm, die Verbindungsdrähte einschliessend, f) Hartgummiring. Technik ist am Besten im Original nachzulesen. Der Fall ist vollkommen geheilt. SALZBURG.

134) **Viannay** (St. Etienne). **Fremdkörper des Oesophagus. Complication. Tod. (Corps étranger de l'oesophage. Complications. Mort.)** *Société des Sciences Médicales de St. Etienne. März 1910.*

Es handelte sich um einen 24jährigen Mann, der einen Hasenknochen verschluckt hatte. Es bildete sich eine periösophagele Phlegmone, Perforation des Oesophagus, Ulceration der Carotis, Tod. Bei der Section fand sich auch eine Gangrän der rechten Lungenspitze. GONTIER DE LA ROCHE.

135) **Mandel** (München). **Zur Oesophagotomia externa.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 9. 1910.*

Eine gesprungene Oberkiefer-Zahnprothese wurde zur Hälfte verschluckt und mittelst Oesophagotomia externa bei glatter Heilung entfernt. Die Krankengeschichte ist in extenso beigefügt. HECHT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **James Walter Downie,** M. B. (Glasgow). **Clinical manual for the study of diseases of the throat.** 2nd Edition. Publishers James Maclebose and Sons. Glasgow 1909.

In der Vorrede zu diesem Buch heisst es: „Nur dem Namen nach ist dies eine zweite Auflage, denn die vorhergehende ist fast vollständig von neuem geschrieben und auf den Standpunkt des heutigen Tages gebracht."

Nach Ansicht des Referenten ist es zweifelhaft, ob heutigen Tages Jemand ein zufriedenstellendes Buch über die Krankheiten des Halses schreiben kann, ohne dass er eine genaue Schilderung der Rhinologie und der rhinoskopischen Methoden einschliesst. In vorliegendem Buch ist dies versucht worden, und das Ergebniss ist, dass der Leser es mit einem Eindruck der Unvollkommenheit aus der Hand legt. Zwar ist in dem Capitel über adenoide Vegetationen die Rhinoscopia posterior kurz beschrieben, jedoch so, als ob gezeigt werden soll, dass sie im Vergleich mit der kurz vorher in aller Ausführlichkeit erörterten Laryngoskopie leicht und unwichtig sei.

Das Buch zerfällt in achtzehn Capitel.

Das erste Capitel enthält die Beschreibung der Untersuchungsmethoden; ich meine, es wäre besser gewesen, an dieser Stelle nicht so viel Bezug auf Krankheitszustände zu nehmen, die weiterhin dann ausführlicher besprochen werden. Auf eine Thatsache hätte wohl hingewiesen werden können, nämlich, dass die Stimmbänder bei Baritonisten und Bassisten eine rothe Farbe haben, ohne dass dies etwas Krankhaftes bedeutet. Auf Seite 49 liest man: „Eine Erkrankung der Kehlkopfnerven kann in Form einer Reizung oder einer Compression vorliegen. Erstere führt zu einem Spasmus, der sich gewöhnlich auf die der gereizten Seite entsprechenden Muskeln beschränkt, obwohl alle Muskeln des Kehlkopfinnern betheiligt sein können; sind besonders die Abductoren betroffen, so kann stridulöses Athmen und sogar Erstickung die Folge sein." Ich verstehe nicht, wie das mit den Ansichten der übrigen Autoritäten in Uebereinstimmung gebracht werden kann, selbst wenn wir annehmen, dass es sich bei „Abductoren" um einen Druckfehler handelt. In diesem Capitel werden auch Tracheoskopie und Bronchoskopie auf wenig mehr als einer Seite beschrieben, ohne dass auf eine Beschreibung der neusten Instrumentenformen eingegangen wird. „Die Röhre soll in allen Fällen unter Leitung des Auges mit oder ohne Hülfe der Finger eingeführt werden" — aber es wird uns nicht gesagt, in welcher Weise die Finger helfen sollen.

Der Raum gestattet mir nicht, jedes einzelne Kapitel ausführlich durchzugehen; jedoch haben sich bei Durchsicht des Buches zahlreiche Behauptungen gefunden, gegen die Einwendungen gemacht werden müssen. So lesen wir auf Seite 79: „Die normale Secretion der Rachenfollikel ist klar und wässrig, im Zustande der acuten Entzündung jedoch wird sie wie die Secretion der Tonsillarfollikel unter ähnlichen Bedingungen opak und milchig von Aussehen. Hat die Entzündung mehr chronischen Charakter, so wird das Secret halbfest und wie

geronnene Milch und kann dann in den Follikeln zurückgehalten werden, aus denen es sich leicht herausdrücken lässt.“ Sind nicht Follikel Lymphknötchen? (Ref.) Auf Seite 116 heisst es: „Kinder mit Hyperplasie der Tonsillen athmen constant durch den Mund.“ Referent ist davon nicht im Geringsten überzeugt, wenn nicht auch adenoide Wucherungen vorhanden sind. Für die Fälle, in denen sowohl die Tonsillen wie die Wucherungen zu entfernen sind, wird dringend die Anwendung von Chloroform angerathen. Referent ist der Ansicht, dass andere Anaesthetica sicherer sind und dass wir dafür jetzt ein stattliches Beweismaterial besitzen. Leptothrix des Pharynx wird von der Keratose unterschieden; bei der letztgenannten Affection wird empfohlen, „jeden einzelnen Auswuchs gründlich mit dem Elektrocauter zu zerstören.“ Wie lange soll das dauern in jenen Fällen, in welchen gleicherweise die Tonsillen wie der Zungengrund afficirt sind? Rechtfertigen die Symptome eine derart drastische Behandlung? Man bedenke, dass der Verf. zugiebt, es handele sich um keine ernstliche Störung.

Für die Entfernung gutartiger Kehlkopfgeschwülste scheint sich Verf. hauptsächlich der Elektrocaustik zu bedienen. Auf Seite 201 beschreibt er einen Fall, den der verstorbene Prof. Schrötter in Behandlung gehabt hatte und der die Superiorität der Elektrocaustik zeigen soll. Wir möchten wissen, ob die Geschichte des Falles, soweit sie sich auf die in Wien angewandte Behandlung bezieht, von dem Arzt oder dem Patienten herstammt.

Durch das ganze Buch geht unseres Erachtens zu sehr die Neigung, Fälle anzuführen, von denen einige übrigens sicher interessant sind z. B. Angiom und Epitheliom der Uvula und syphilitische Geschwüre der Trachea. Andere aber sind nicht von genügender Wichtigkeit, um ihre Anführung zu rechtfertigen. Hätte der Verf. anstatt eine Reihe von Seiten Fremdkörperfällen zu widmen, lieber eine detaillirtere Beschreibung der Anwendung von Bronchoskopie und Oesophagoskopie gegeben, so wäre es in jeder Hinsicht besser gewesen. In dem Capitel über Tuberculose vermissen wir in dem Absatz, der der Prognose gewidmet ist, jeden Hinweis auf den so viel besprochenen Einfluss der Schwangerschaft. Das Capitel über Neurosen ist elementar gehalten und keineswegs vollständig. Ausser den schon erwähnten möchte Ref. die Aufmerksamkeit des Verfs. auf folgende Punkte lenken, die entweder vollständig übergangen oder ungenügend behandelt sind:

1. Das Vorkommen von Halsaffectionen bei manchen Haut- und Infectionskrankheiten z. B. Pemphigus, Lepra, Sklerom, Typhus etc.
2. Die Anwendung der Elektrocaustik bei Tuberculose.
3. Pharyngitis sicca bei Bright'scher Nierenkrankheit und Diabetes.
4. Das Vorkommen verschiedener nicht diphtherischer membranöser Erkrankungen im Halse z. B. Streptokokken, Pneumokokken, Friedländer-Bacillus, Bacillus fusiformis etc.
5. Die verschiedenen Formen harmloser Ulcerationen, wie sie von Herzog, Moure u. A. beschrieben worden sind.

Das Buch ist reich ausgestattet. Manche Illustrationen sind gut, andere, wie die von den multiplen Kehlkopfpapillomen, sind weniger vollkommen.

Verf. scheint eine grosse Erfahrung zu besitzen und aus ihr bis zu einem gewissen Punkt Nutzen gezogen zu haben. Als ein Dokument individueller Beob-

achtungen ist das Buch ohne Zweifel von Wert; es muss aber wiederholt werden, dass der Verf. die Ansichten und Beobachtungen andrer Autoren sich nicht genügend zu eigen gemacht hat. P. Mc. Bride.

---

b) Société française de laryngologie.

Paris 10.—13. Mai 1909.

Furet (Paris): Sarkom der Nasenhöhle; Moure'sche Operation.

38jährige Frau; seit 2 Jahren Näseln, Anosmie, Nasenverstopfung; keine Störung des Allgemeinzustandes. In der linken Nase ein grosses Sarkom. Entfernung per vias naturales unmöglich; F. machte daher die Operation nach Moure, die Entfernung des Tumors gelang leicht ohne äussere Deformation.

Chavanne (Lyon): Tuberculöse Tumoren der Nasenhöhle.

Bericht über einen Fall von tuberculösem Tumor der Nasenscheidewand. Ch. unterscheidet zwei Hauptformen: 1. Die miliare Tuberculose. 2. Die chronische Tuberculose, deren klinischer Typus der Lupus ist. Die tuberculösen und lupösen Tumoren der Nasenhöhlen entsprechen einer einzigen und identischen Affection und bilden eine Varietät des Lupus; sie sind fast immer primär; ihrem Auftreten geht eine ozaenöse Rhinitis, eine Form der atrophischen Rhinitis voraus, die bisweilen das Anfangsstadium des Lupus darstellt.

Mahu (Paris): Einige Fälle von Radicaloperation des chronischen Oberkieferhöhlenempyems auf nasalem Wege.

Verf. berichtet über 5 auf endonasalem Wege geheilte Fälle; sein Verfahren besteht in: totaler oder partieller Resection der unteren Muschel, breiter Eröffnung der nasalen Sinuswand, Auskratzen der Höhle mit langen, biegsamen Curetten.

Vacher (Orleans): Behandlung des Oberkieferempyems auf nasalem Wege.

V. resecirt die untere Muschel nicht, sondern trägt nur einen Theil ihrer Schleimhaut ab. Er macht die Oeffnung mit einer Scheere oder dem elektrisch betriebenen Trepan. Es wird vor allem auch Werth darauf gelegt, dass die Oeffnung bis auf den Nasenboden herabreicht. Curettirt wird nur, wenn auf dem Boden des Antrum sich Fungositäten finden.

Granet (Dijon): Oesophagoskopie und Elektrolyse in einem Fall von Speiseröhrenverengung.

Es handelte sich um eine dreifache Verengung der Speiseröhre; die dritte sass nahe der Cardia. Heilung mittels Elektrolyse.

Moure (Bordeaux): Fremdkörper des Oesophagus; Oesophagoskopie.

$3^1/_2$ jähriges Kind; trotz zweimaliger Versuche in Chloroformnarkose gelang es nicht, den Fremdkörper (einen Metallanker, dessen Spitze sich in die Oesophaguswand eingespiesst hatte) zu entfernen. Oesophagotomia externa. Heilung.

Mermod (Lausanne): Einige Nachtheile der submucösen Septumresection.

M. hat nach der Operation bisweilen eine bleibende Perforation constatirt, die sich oft dadurch vergrösserte, dass die Schleimhautränder nekrotisch wurden. Er berührt auch die Frage der traumatischen Ozaena nach dieser Operation. Bisweilen auch hat er gesehen, dass bei der Exspiration und Inspiration das flottirende Septum sich an die äussere Nasenwand anlegt.

Rouvillois und Sieur (Paris): Behandlung der Septumdifformitäten durch die submucösen Verfahren.

Das submucöse Verfahren bietet grosse Vortheile; es schont die Schleimhaut und giebt die Gewissheit, dass alles Pathologische entfernt wird; die traumatische Ozaena wird verhütet, ebenso die Synechien; es ist unblutig und giebt ausgezeichnete Resultate.

Lavrand (Lille): Pathogenie und Behandlung der Ozaena.

Die systematische Untersuchung von 90 Fällen hat stets in der Tiefe des mittleren Nasenganges eine nekrotisirende Osteitis des Siebbeins gezeigt. Der mittlere Nasengang ist der primäre Sitz der Erkrankung. Behandlung: Curettage der erkrankten Knochenpartien.

Viollet (Paris): Cystische recidivirende Nasenpolypen, die zu reichlicher Schleimabsonderung Veranlassung geben und ihren Ursprung in der Highmorshöhle zu haben scheinen.

20jähriger Mann. Grosser Choanalpolyp links; Abtragung. Während 6 Monate fünfmal Recidive von cystischen Nasenpolypen; die histologische Untersuchung der Polypen zeigte, dass sie ihren Ursprung in der Highmorshöhle hatten.

Jacques (Nancy): Streptokokkengeschwür des Gaumensegels.

Das Geschwür sass mitten auf dem Gaumensegel und hatte die Grösse eines Frankstücks. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines von Klava als „Leuconostoc hominis“ beschriebenen Streptococcus. Jodtherapie; Heilung in 4 Wochen.

Rivière (Lyon): Acute Empyeme.

Verf. berichtet über zwei Fälle von acuten Exacerbationen bei alten Stirnhöhlenempyemen, die als Folge von Erkältungen auftraten und foudroyante Erscheinungen machten. Die Schwere der vereinzelten Symptome liess an eine schlechte Prognose denken, aber alles ging gut, nachdem die Congestion a frigore abgelaufen war und der Eiter wieder Abfluss hatte.

Bourgeois und Egger (Paris): Bericht über Kehlkopfödeme.

Unter der Bezeichnung des Larynxödems beschreiben Verff. Zustände, die durch eine seröse submucöse Exsudation gekennzeichnet sind. Sie theilen die Larynxödeme in 6 Gruppen: 1. Acutes und chronisches infectiöses Oedem. 2. Oedem bei Nierenkrankheiten. 3. Toxische Oedeme. 4. Traumatische Oedeme. 5. Oedem infolge behinderten Rückflusses des Blutes. 6. Nervöses Oedem.

Die Symptomatologie variirt bei den verschiedenen Formen, dem Grad, dem mehr oder minder schnellen Vorwärtsschreiten des Oedems.

Das wirkliche Oedem könnte nur mit dem Myxom verwechselt werden oder der ödematösen tuberculösen Infiltration.

Guisez (Paris): Tracheo-bronchoskopische Beobachtungen.

Mittheilung mehrerer in den letzten Monaten beobachteter Fälle von Fremdkörpern der Luftwege und Speiseröhre; von letzteren waren zwei durch das Auftreten eines gangränösen Abscesses der Oesophaguswand complicirt.

Gaudier (Lille): Intracranielle Entwicklung von Nasenrachenpolypen.

Bei der Section eines an einem Nasenrachenpolypen operirten und zwei Jahre darauf an einer foudroyanten Blutung verstorbenen Kindes fand sich ein fibröser Tumor, der sich bis zur Sella turcica erstreckte und diese bedeckte.

Garel (Lyon): Kehlkopfkrebs auf der ary-epiglottischen Falte sitzend. Endolaryngeale Operation. Heilung.

60 jähriger Mann. Circumscripter grosser Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Kein Recidiv seit 8 Monaten.

Laurens (Paris): Behandlung des Kehlkopfkrebses mittels Fulgurisation.

L. giebt eine Uebersicht über den heutigen Stand der Fulgurisation und berichtet über zwei von ihm mit anscheinend gutem Erfolg behandelte Fälle.

Castex (Paris): Verhornende Kehlkopfgeschwülste.

Verf. hat 6 Fälle von solchen Geschwülsten beobachtet; es waren kleine, warzig aussehende Tumoren, die den Stimmbändern aufsassen, von weisser Farbe. Sie haben die Charaktere des Epithelioms im Anfangsstadium. C. denkt an die Möglichkeit einer malignen Umwandlung.

Labouré (Amiens): Ein Fall von posttraumatischer Fixation des rechten Stimmbandes.

Nach einer durch Hufschlag bewirkten Fractur des rechten Unterkiefers wird Pat. aphonisch. Man findet eine Lähmung des rechten Stimmbandes, das später völlig atrophisch wird. Es handelt sich nach L. um eine Neuritis infolge Kehlkopffractur.

Caboche (Paris): Siebbeinsarkom; Resection des Siebbeins auf paranasalem Weg. Fortleitung auf das Gehirn.

Das Resultat der Operation blieb 5 Monate lang ausgezeichnet; dann trat Exophthalmus auf und Pat. starb in Coma.

Bar (Nizza): Diffuse peripharyngeale Phlegmonen.

B. berichtet über einen durch den Friedländerdiplococcus bedingten Fall, bei dem auch Loeffler'sche Bacillen sich fanden. Pat. ging an Herzcollaps zu Grunde, nachdem Darmblutungen aufgetreten waren. Trivas (Nevers).

---

c) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 8. Januar 1909.

Robert Foy: Apparat zur Dilatation der Nasenflügel.

Der Apparat besteht in einer einfachen Nickelfeder, die sich nur auf die Innenfläche der Nasenflügel stützt, ohne das Septum zu berühren. Seine Vorzüge sind: Leichte Application, Unmöglichkeit des Angesaugtwerdens der Nasenflügel, Möglichheit durch Widerstandsübungen eine Ausbildung der Nasenflügel zu bewirken, indem diese sich activ auf der Feder contrahiren. Der Apparat kann im Bedarfsfall den ganzen Tag über getragen werden.

Courtade beschreibt einen von ihm vor längerer Zeit construirten, aus einem dünnen elliptischen Stahlplättchen bestehenden Nasendilatator. Untersuchungen mittelst des Pneumographen vor und nach Application des Apparates zeigten die Erfolge, die besonders bei Verengung in Folge Deviation des vorderen Septumrandes erzielt wurden. Bei beiderseitiger Ansaugung der Nasenflügel sind zwei elliptische Dilatatoren nothwendig, die durch einen das Septum umfassenden Steigbügel verbunden sind.

J. Glover: Chinin gegen den nächtlichen spastischen Husten bei laryngo-trachealer Grippe.

G. giebt 0,75—1,00 Chinin. sulf. pro die mehrere Tage lang, es gelingt damit bisweilen, die quälenden Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen.

J. Glover: Function der Mandeln. Vasotrophische Störungen in Nase und Pharynx. Opotherapie.

Ausser den infectiösen Vorgängen beobachtet man an den Mandeln auch vasomotorische und secretorische Störungen. Es ist auch ziemlich häufig, dass man im Anschluss an die Abtragung der Rachenmandel eine Volumensabnahme der Gaumenmandeln eintreten sieht, die sogar so ausgesprochen sein kann, dass jeder Eingriff an diesen unnöthig wird. Geht man von der functionellen Coordination der Drüsen mit innerer Secretion aus, so kann man in diesen Fällen an ein compensatorisches Eintreten denken. Der Basedow'sche Symptomencomplex wurde bei adenoiden Vegetationen beschrieben und man hat diese sowie die Tonsillarhypertrophie als Zeichen von Myxödem betrachtet. Aus Analogie mit anderen Drüsen mit innerer Secretion — Schilddrüse, Hypophysis — glaubt G. schliessen zu dürfen, dass auch die zu radicale Entfernung der Rachen- und Gaumenmandeln Allgemeinstörungen im Gefolge haben kann.

Die Opotherapie vermindert in diesen Fällen die vasotrophischen Störungen in ausgesprochener Weise und lässt sie bisweilen völlig verschwinden, wobei gleichzeitig der Allgemeinzustand sich bessert. Durch Zusatz hoher Dosen von Phosphorsäure kann man die opotherapeutischen Dosen herabsetzen.

Tonsillenextract wurde entweder allein oder mit Thyreoidin und Hypophysisextract zusammen gegen gewisse Dystrophien der Mandeln bei Kindern von 5 bis 15 Jahren angewandt.

Mit dieser Opotherapie wurde ein ziemlich rasches Zurückgehen der Mandel-

hypertrophie durch blosse Entfernung der adenoiden Vegetationen und manchmal sogar auch ohne diesen Eingriff erzielt.

Lermoyez erinnert daran, dass die ersten opotherapeutischen Versuche bei adenoiden Vegetationen auf Hertoghe (Antwerpen) zurückgehen, der 1898 Schilddrüsenextract empfahl — übrigens ohne Erfolg.

L. glaubt nicht, dass die adenoiden Vegetationen rein mechanisch Entwicklungsstörungen bewirken, sondern dass durch sie ein Gift secernirt und resorbirt wird, das besonders auf das Nervensystem wirkt. Er nimmt einen Hyperadenoidismus an, der in Parallele zu setzen wäre mit dem Hyperthyreoidismus.

Munch: Operation des Oberkieferempyems unter regionärer Anästhesie.

M. erzielt die Anästhesie, indem er eine schwache Cocainlösung in den Stamm des N. maxillaris superior an der Schädelbasis, da, wo er aus dem Foramen rotundum in die Fossa pterygo-maxillaris tritt, injicirt. Auf diese Weise wurde die Luc-Caldwell'sche Operation völlig schmerzlos ausgeführt.

G. A. Weill: Resection der Leisten an der Scheidewand.

W. demonstrirt eine Anzahl von Instrumenten, mit denen er die Operation ausführt. Nach der Operation legt er einen Tampon aus Penghawar ein, der zwischen zwei Gazestreifen liegt; nach 48 Stunden entfernt er das Penghawar und nach 2 Tagen die Gaze. Cartaz.

---

d) Sitzungsbericht des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins.

Sitzung vom 28. November 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

Erbstein: Zur Behandlung der Schwerhörigkeit durch Fibrolysin.

Sitzung vom 12. December 1908.

Nikitin: Vorstellung eines Kranken mit Tuberculose der Epiglottis. Keine Schmerzen trotz starker Schwellung.

Hellat: Wegen der Möglichkeit einer Asphyxie wäre ein chirurgischer Eingriff geboten.

Wiltschur und Nikitin befürchten Verbreitung des Processes nach solchem.

Goldstein: Ueber die Schmerztheorie bei der Entzündung von Prof. Spiess und Bedeutung derselben bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Vortrag.)

G. weist die Annahme von Sp. zurück, es könnte eine einfache Schmerzstillung entzündungswidrig wirken.

Schmerzlose Entzündungen sind sogar gefährlicher.

Hellat erinnert an die anästhetische Lepra, welche gerade wegen der Anästhesie gefährlich wird (Mal perforant).

Sitzung vom 23. Januar 1909.

Schwanebach: Zur Behandlung der Otitis med. chron. sicca.

Sitzung vom 6. März 1909.

Vorsitzender: Nikitin.

Nikitin: Vorstellung eines Falles von Rhinoscleroma. Die Nasenathmung ist vollständig aufgehoben.

N. will den Fall der Röntgentherapie unterziehen.

An der Debatte betheiligen sich Bramson, De Forestier, Litschkus.

Hellat: 1. Fall zur Diagnose. Geschwulst am Halse. Die Geschwulst reicht vom oberen Rande der Cart. thyreoidea bis zum Jugulum. Sehr hart, schmerzlos. Tracheotomie vor einem Jahr, Gastrostomia vor einem Monat. Gegenwärtig geht durch den Kehlkopf fast gar keine Luft, durch den Oesophagus absolut nicht. Lues in der Anamnese.

Das gute Allgemeinbefinden spricht mehr für Gumma, der übrige Befund für Neoplasma.

Ridnik und Nikitin neigen zur Annahme von Gumma.

2. Fall von Verwachsung des Nasenrachenraumes bis zum Rande des weichen Gaumens. Der Fall ist für Operation wenig geeignet, da absolut keine Durchgängigkeit existirt.

3. Fall von Verstümmelung der Nase (Fehlen des Sept. mobile, Verkürzung eines Nasenflügels, Einziehung des anderen). Hellat will aus dem längeren Flügel das weiche Septum machen und dann den Fall nochmal vorstellen.

4. Fall von Fehlen der Nasenöffnungen, knöcherne Verwachsung der Apertura piriformis und Reduction der Nase zur knopfförmigen Bildung (Nasenspitze) über der knöchernen Verwachsung.

Hellat will hier Decortication ausführen, Apertura piriformis wieder herstellen und eine Prothese einführen.

Meinungen in Bezug auf die vorgestellten Fälle äusserten Goldstein, Shirmunski und Nikitin.

Bramson: Seltener Fall eines Fremdkörpers der Nase, nämlich die Feder eines Regenschirms. Konnte nur operativ entfernt werden.

Nikitin: Fall von phonatorischem Spasmus laryngis.

Die Stimme schwach, zuweilen auch bei Untersuchungen völliger Verschluss. Nikitin will die Arsonval'schen Ströme in Anwendung bringen, da alle übrigen Methoden im Stich gelassen haben.

Schwanebach, Erbstein, Shirmunski machen Bemerkungen.

Sternberg: Ueber die Tuberculose der Mundhöhle. (Vortrag.)

Autor erklärt die verhältnissmässige Seltenheit der Mundracheninfection durch örtliche Immunität, die allmählich erworben wird, da der Mund und Rachen schon von Kindheit an mit tuberculösem Material in Berührung kommen.

Für seine Behauptung spricht die geringe Reaction der Mundschleimhaut auf Tuberculin, gegenüber der Schleimhaut des Auges. Wenn eine tuberculöse Affection

der Mundhöhle vorliegt, so ist das als Ausdruck einer starken Herabsetzung der Gewebsimmunität überhaupt aufzufassen.

An den sehr lebhaften Debatten betheiligten sich Iljisch, Wiltschur, Shirmunski, Litschkus, Hellat, Schwanebach, Erbstein, Bomasch, Ridnik und Nikitin. P. Hellat.

---

e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Januar 1910.

Blumenthal zeigt das mikroskopische Präparat eines Papilloma durum der Nase.

Alexander stellt zwei Patienten, Mutter und Sohn, vor mit Ozaenanase; erstere ohne, letzterer mit Ozaena; er glaubt, dass dieser Fall für die Vererbungstheorie spricht.

Haike warnt vor solchen Wahrscheinlichkeitsschlüssen, zumal die sogenannte Ozaenanase auch bei nicht Ozaenösen vorkommt.

Kuttner stimmt dem zu und bestreitet die Beweiskraft des vorgestellten Falles.

Alexander: Die typische Ozaenanase giebt es nicht ohne Ozaena; sie tritt auf infolge einer Knochenerkrankung zu einer Zeit, wo der Knochen im Wachsen begriffen ist.

Alexander zeigt eine Patientin, die wegen Ozaena trachealis tracheotomirt werden musste. Dabei zeigte die Nase nichts von Ozaena, erst später, etwa nach 2 Monaten, trat sie auf.

Kuttner kann sich ein so schnelles Entstehen einer Ozaena nicht recht vorstellen, stimmt im übrigen zu, dass es eine Ozaena trachealis auch ohne gleichzeitige Nasenerkrankung giebt.

Finder zeigt das Präparat einer Laryngitis phlegmonosa. An Stelle des rechten Aryknorpels sieht man eine haselnussgrosse Abscesshöhle, die eine Durchbruchsstelle über dem Proc. vocal. in den Larynx und nach oben in den Sin. piriform. Nach hinten setzt sie sich in eine grosse, schmierig belegte Höhle fort, die sich zwischen Oesophagus und Trachea ein gut Theil nach unten bis in das Mediastinum erstreckt.

Finder zeigt einen Knochen, den ein Kind in den rechten Bronchus aspirirt hatte. Er konnte ihn sichten, aber da er sich in der Wand eingespiesst hatte, nicht entfernen. Dieser Fall hat ihm wieder gezeigt, dass man bei kleinen Kindern immer gleich die Tracheotomie und Bronchoscopia inf. machen soll.

E. Meyer stimmt dem zu, weil die Technik leichter, der Fremdkörper leichter localisirt ist, man Zeit spart und öfter wegen Larynxödem später doch zur Tracheotomie gezwungen ist.

Halle zeigt noch einmal den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von operirtem Stirnhöhlenempyem; man sieht die Canüle in der Höhle, die leicht zu übersehen ist.

Max Senator hält das Hineingelangen in die Stirnhöhle bei dieser Methode immer für einen Zufall.

Halle: Alle Patienten, deren Stirnhöhle sondirbar ist, sind sicher und gefahrlos nach seiner Methode zu operiren.

Halle zeigt zwei Kinder, die er wegen Septumdeviation mit peroraler Narkose operirt hat.

E. Meyer zeigt einen Apparat zur Befestigung des Kopfes einer Leiche bei Operationsübungen.

Sitzung vom 25. Februar 1910.

Discussion über den Gräffner'schen Vortrag: Beobachtungen am Rachen, Gaumen und Kehlkopf bei cerebralen Hemiplegien.

Grabower, Kuttner, Gutzmann. Letzterer macht darauf aufmerksam, dass man neben der laryngoskopischen Untersuchung nie die functionelle Prüfung der Stimme vernachlässigen dürfe, die bei anscheinend normalem Kehlkopfbefunde noch mancherlei Störungen nachweisen lasse.

Gutzmann zeigt den Martens'schen Apparat, der die Klangwellen, welche die menschliche Stimme erzeugt, analysirt und demonstrirt die Verschiedenheit der Klangcurven desselben Tones, der von verschiedenen Menschen gesungen wird.

Katzenstein hebt die Brauchbarkeit des Apparates hervor, den er vereinfacht hat.

Finder zeigt das Harold Hays'sche „elektrische Pharyngoskop", das er für ein werthvolles Unterrichtsmittel hält. Man sieht mit ihm grobe anatomische Veränderungen (Geschwülste, Infiltrationen, Bewegungsbeschränkungen) aber nicht feine Farbennüancen, oberflächliche Geschwüre usw. Sein Vortheil besteht darin, dass man es lange Zeit im Munde halten lassen und das laryngoskopische Bild einem grösseren Zuschauerkreise demonstriren und bei bettlägerigen und Patienten mit Kieferklemmn anwenden kann.

Das postrhinoskopische Bild ist sehr schön, aber man sieht nicht den unteren Theil der Choanen und die unteren Muscheln.

P. Heymann zeigt 1. einen Fall von Perichondritis cricoidea, der wahrscheinlich nach Verschlucken resp. Aspiration eines Argentumstiftes entstanden ist. — Infiltration der rechten aryepiglottischen Falte, Eversion des ganzen Inhalts des Ventrikels nach innen und Unbeweglichkeit des rechten Aryknorpels, 2. einen modificirten Reichert'schen Haken, um die Zungentonsille aus dem Wege zu räumen, die bei einer endolaryngealen Operation störend wirkt.

Ritter demonstrirt zwei Patienten mit Folgezuständen nach vorangegangener Tracheotomie.

Der erste ist zwölfmal operirt worden, die Trachealringe sind gespalten und der Luftröhrenquerschnitt unterhalb des Ringknorpels ist dreieckig. In Rückenlage sinkt die Trachea zusammen und erzeugt Athemnoth. R. will nach Art des Schimmelbusch'schen Verfahrens einen Periosttracheallappen implantiren.

Bei dem zweiten Patienten ist nach einer Tracheotomie eine Fistel geblieben und oberhalb derselben eine vollständige narbige Verwachsung im ganzen Bereiche des Ringknorpels. Durch Ausschneiden der Narbe und Bougirung usw. ist eine Besserung erzielt worden.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Verein Deutscher Laryngologen.

Siebzehnte Versammlung zu Dresden Mittwoch und Donnerstag, 11. bis 12. Mai 1910.

Das definitive Programm lautet:

Mittwoch, den 11. Mai 1910:

Von 4—5 Uhr: Herr Mann: Demonstrationen im städtischen Krankenhaus Friedrichstadt, Friedrichstrasse 41.

Von 5—6 Uhr: Herr Richard Hoffmann: Demonstrationen im städtischen Krankenhaus Johannstadt, Fürstenstrasse 74.

Um $6^{1}/_{2}$ Uhr (nach Schluss der Demonstrationen): Vorstandssitzung im Conferenzzimmer des Johannstädtischen Krankenhauses.

Von 8 Uhr Abends ab: Begrüssung im Belvedère (kleiner Saal).

Donnerstag, den 12. Mai, Tagung im Künstlerhause, Grunaerstrasse.

Um 8 Uhr Vormittags: I. Eröffnung durch den Vorsitzenden.
II. Wissenschaftliche Verhandlungen.
III. Geschäftssitzung.

Um $1^{1}/_{2}$ Uhr Nachmittags: Geschäftssitzung, dann Fortsetzung der wissenschaftlichen Verhandlungen.

Tagesordnung der Geschäftssitzung:

1. Vereinsangelegenheiten.
2. Herr B. Fränkel (Berlin): Antrag auf Verleihung des Laryngologen-Preises aus der Bernhard Fränkel-Stiftung.
3. Herr A. Barth (Leipzig) stellt folgenden Antrag:
   „Der Verein Deutscher Laryngologen tritt mit der Deutschen Otologischen Gesellschaft in Unterhandlungen zum Zweck einer Verschmelzung beider Gesellschaften".
4. Wahlen (§ 3 der Satzungen).
5. Bestimmung des Ortes und der Zeit der nächsten Tagung (§ 1 der Satzungen).

Um 5 Uhr: Festessen mit Damen im Belvedère. Nachher geselliges Zusammensein, zugleich Begrüssungsabend der deutschen otologischen Gesellschaft.

Angemeldete Vorträge:

1. Herr Seifert (Würzburg): Beiträge zur Amputation der Epiglottis.
2. Herr Jurasz (Lemberg): Beiträge zur Pathologie und Therapie des Skleroms.
3. Herr Denker (Erlangen): Zur Radicaloperation des Kieferhöhlenempyems in Localanästhesie.
4. Herr Winckler (Bremen): a) Schnittführung bei der submucösen Fensterresection. b) Klinische Beiträge zur Tonsillarfrage.
5. Herr Nadoleczny (München): Beobachtungen an Gesangsschülern.
6. Herr Imhofer (Prag): Die Veränderungen der oberen Luftwege bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
7. Herr Hegener (Heidelberg): Ein binoculares stereoskopisches Kehlkopf-Fernrohr.
8. Herr Siebenmann (Basel): Thema vorbehalten.
9. Herr Polyák (Budapest): Ueber Principien der intranasalen Chirurgie. (Gleichzeitig bilaterale Operationen, Anästhesie, Asepsis, Nachbehandlung etc.)
10. Herr A. Kuttner (Berlin): Demonstration einer neuen Kehlkopfzange.
11. Herr Max Senator (Berlin): Zur Behandlung der Aphonia hysterica.

12. Herr Hansberg (Dortmund): a) Bronchoskopie bei Säuglingen. b) Zur Operation der typischen Nasenrachenfibrome in der Fossa spheno-palatina.
13. Herr Manasse (Strassburg): Ueber Mucocele und Exostosen der Stirnhöhle. (Mit Demonstrationen.)
14. Herr Hugo Stern (Wien): Die Bedeutung des sogenannten „primären Tones“ für die Stimmbildung.
15. Herr Edmund Meyer (Berlin): Tuberculinbehandlung bei Kehlkopftuberculose.
16. Herr Zarniko (Hamburg): Turbinotomia submucosa.
17. Herr Killian (Freiburg): Kleinere Mittheilungen.
18. Herr Salzburg (Dresden): Krankenvorstellung.
19. Herr Joël (Görbersdorf): Erfahrungen bei Behandlung der Larynxtuberculose.
20. Herr Kretschmann (Magdeburg): Ist das Salpingoskop eine Bereicherung des diagnostischen Instrumentariums?
21. Herr A. von Gyergyai (Klausenburg): a) Ein neues directes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens und der hinteren Nasenpartien. b) Eine durch den Nasenrachen gehende Operationsmethode der Keilbeinhöhle.
22. Herr Möller (Hamburg): Atmocausis bei Ozaena.
23. Herr Brünings (Jena): a) Ueber eine neue röntgenographische Darstellungsmethode der Nebenhöhlen und des Felsenbeines. b) Ueber neue diagnostische Hülfsmittel und Methoden.

Nachträglich gemeldet:

Herr Oskar Hirsch (Wien): Ueber endonasale Operation von Hypophysis-Tumoren.

XII. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Washington, 3. bis 5. Mai 1910.

Für die unter dem Vorsitz von James E. Logan (Kansas City) stattfindende Versammlung sind folgende Vorträge angemeldet:

I. The nasal phenomena of neurastenia. Charles P. Grayson, M. D.
II. A comparative study of some points in the anatomy in man and the anthropoid apes with their physiological significance; exhibition of gross and microscopical specimens. J. Gordon Wilson, M. D.
III. Exhibition of anatomical preparations demonstrating communications between the blood vessels supplying in the dura, the orbit and the nasal cavities. George E. Shambaugh, M. D.
IV. The manifestations of recurrent influenza in the nose and throat. Joseph L. Goodale, M. D.
V. Carbamidum, an efficient local anesthetic. E. Fletcher Ingals, M. D.
VI. The syndrome of the sphenopalatine ganglion. Greenfield Sluder, M. D.
VII. The influence of the use of the automobile upon the upper air passages. D. Bryson Delavan, M. D.
VIII. Personal experience in the intranasal treatment of accessory sinus disease with reports of cases. George L. Richards, M. D.
IX. Case reports, illustrating ocular affections due to intranasal and accessory sinus disease. Lewis A. Coffin, M. D.
X. Differential diagnosis of dentigerous cysts of maxillary antrum.
XI. Intranasal route for growths of the hypophysis without external incision, with report of a case of intranasal decompression. Norval H. Pierce, M. D.
XII. Transplantation of a rib cartilage into the nose in a case of nasal deformity. D. Crosby Greene jr., M. D.
XIII. Syphilitic stenosis of the oro-pharynx. John M. Ingersoll, M. D.
XIV. Report of three cases of lympho-sarcoma of the naso-pharynx and tonsils with results of operative and medicinal treatment. Clement F. Theisen, M. D.
XV. Observations on the cavity of growths present in wounds following operations on the faucial tonsils. Alexander W. Mac Coy, M. D.

XVI. Joint session with the climatological and otological societies. General topic for discussion, „Vaccine therapy". The Climatological Society will be represented by Drs. J. A. Miller and H. M. King; the Otological Society by Drs. H. C. Reik and B. A. Randall and the Laryngological Association by Drs. H. S. Birkett, C. G. Coakley and F. C. Cobb.
XVII. Esophageal diverticula with report of a case. Emil Mayer, M. D.
XVIII. The cutting in two of a large steel pin while transfixed in the left bronchus and its removal by lower bronchoscopy; exhibition of a bronchoscopic pin-cutter devised to meet the emergency. William E. Casselberry, M. D.
XIX. Removal of malignant growth of the larynx with specimen and presentation of the patient. Charles W. Richardson, M. D.
XX. A case of laryngeal syphilis with a description of the difficulties of differential diagnosis. Harmon Smith, M. D.
XXI. Report of fatal case of asphyxia due to pressure on the trachea and bronchi by a tuberculous mediastinal gland. Cornelius G. Coakley, M. D.
XXII. Report of a case of papilloma of the larynx. Francis R. Packard, M. D.
XXIII. Black tongue-lingua nigra villosa. Charles H. Knight, M. D.

III. Japanischer Medicinischer Congress.

Der III. Japanische Medicinische Congress tagte vom 1. bis 4. April in Osaka. Die XI. Section für Otologie und Laryngologie tagte zwei Tage; am ersten Tage die otologische, am zweiten die rhino-laryngologische Abtheilung. Es waren über 80 Vorträge für beide Abtheilungen angemeldet. Vorsitzender war Prof. Okada. Als Ort für die nächste Versammlung wurde Tokio gewählt, als Thema für Referate wurde „adenoide Vegetationen" bestimmt.

Es giebt zur Zeit in Japan ca. 600 Specialisten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Felix Semon in Japan.

Wie uns unser verehrter Mitarbeiter, Herr Prof. Ino Kubo, mittheilt, ist Sir Felix Semon bei seinem Aufenthalt in Japan Gegenstand zahlreicher Ehrungen von Seiten der japanischen Aerzte geworden. Er nahm auch an dem III. Japanischen Medicinischen Congress theil und hielt daselbst auf eine Aufforderung des Präsidenten, Prof. Aoyama, und in Gegenwart eines Kaiserlichen Prinzen einen improvisirten Vortrag: „Einige Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses." Am nächsten Tage erschien Sir Felix Semon in der Section für Laryngologie und Otologie und hielt daselbst einen — gleichfalls improvisirten — Vortrag über „Pneumokokkeninvasion des Halses". Am Abend gab ihm die Section ein Festdiner in einem Theehause.

Ueber Hyperkeratose des Kehlkopfes und deren Bedeutung.

In dem Text meines Vortrages, welchen ich unter obigem Titel in der XV. Section des XVI. Internationalen medicinischen Congresses gehalten habe, hat sich ein sinnstörender Fehler eingeschlichen, den ich hiermit rectificire, da ich den Text selbst zu corrigiren nicht mehr in der Lage bin, und den Artikel anderweitig nicht publicire. Im Bande II der Verhandlungen, Seite 444, Zeile 13 von unten, soll es nämlich statt „wir haben es demnach nicht mit einer Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut zu thun" heissen „wir haben es demnach nicht mit einer einfachen Keratose, sondern mit einer Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut zu thun".

Dr. Hugo Zwillinger (Budapest).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Juni. 1910. No. 6.

I. Ein Besuch in einer Japanischen Laryngologenversammlung.

Von
Felix Semon.

Der Zufall wollte es, dass meine Gattin und ich bei einer Reise um die Welt in Japan wenige Tage vor dem Zusammentreten des dritten Japanischen Medicinischen Congresses eintrafen.

Als unser Dampfer in den Hafen von Nagasaki einlief, kam der liebenswürdige japanische Mitarbeiter des Centralblattes, Prof. Ino Kubo (Fukuoka), mit seiner charmanten Gattin an Bord, begrüsste uns im Namen der japanischen Aerzte und überreichte uns einen Brief des Präsidenten des Congresses, Prof. Oayama, in welchem derselbe uns einlud, die Gäste des Congresses während seiner Zusammenkunft zu sein, und mich ersuchte, in der ersten allgemeinen Sitzung des Congresses einen Vortrag zu halten. Prof. Kubo sprach gleichzeitig den Wunsch aus, dass ich auch in einer Sitzung der oto-laryngologischen Section des Congresses einen Vortrag halten möge.

Obwohl „procul negotiis", konnte ich mich, angesichts der überaus gütigen Gesinnung, welche mir die japanischen Collegen bei Gelegenheit meines Rücktritts im vorigen Jahre erwiesen hatten, diesen Wünschen nicht verschliessen und sagte zu.

Ueber meinen Vortrag in der allgemeinen Sitzung will ich nur erwähnen, dass ich zu seinem Gegenstande die Diagnose und Operation des Kehlkopfkrebses wählte, weil ich von Prof. Kubo und anderen japanischen Specialcollegen hörte, dass auch hier wie anderswo die Leidenden unglücklicherweise den Laryngologen gewöhnlich erst zu einer Zeit zugeführt werden, wo ihnen die Wohlthat weniger eingreifender Operationen nicht mehr zu Theil werden kann, und weil ich hoffte, durch Darstellung der einschlägigen Verhältnisse die practischen Aerzte Japans dazu anzuregen, den Frühsymptomen des Larynxcarcinoms mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als dies anscheinend bisher geschehen ist.

Dagegen dürfte es die Leser dieses Blattes interessiren zu hören, wie es in der Sitzung einer japanischen laryngologischen Section hergeht.

Um gleich das einzige, nach europäischen Begriffen Fremdartige vorwegzunehmen, will ich erwähnen, dass die Congresstheilnehmer beim Betreten des grossen Krankenhauses zu Osaka, in welchem die Sectionssitzungen abgehalten wurden, ihre Stiefel auszuziehen und entweder in Strümpfen oder mit reinen weichen Morgenschuhen bekleidet, das Sectionslocal aufzusuchen hatten.

Diese Sitte wird ohne weiteres verständlich, wenn man erwägt, dass die Japaner in ihren Häusern keine Stühle und Sophas benützen, dass die schön geflochtenen Strohmatten, mit denen die Zimmerböden belegt sind, gleichzeitig zum Sitzen dienen, und dass es daher ebenso unpassend wäre, diese Matten mit schmutzigen Stiefeln zu betreten, wie in Europa mit solchen auf Stühle oder Sophas zu steigen! —

Im Sitzungszimmer gab es freilich Stühle und Tische nach europäischer Art, die Beibehaltung der japanischen Sitte aber bewahrte das Krankenhaus vor Verunreinigung durch 3—4000 Paare schmutziger Stiefel, — ich sage „schmutziger" Stiefel, da es am Tage meines Besuches heftig regnete und die Strassen in nichts weniger als idealem Zustande waren. —

Abgesehen aber von der Fussbekleidung und von dem Umstande, dass von den 70—80 Besuchern der Sitzung (im Ganzen giebt es in Japan etwa 400 Oto-Laryngologen) noch etwa der zehnte Theil die altjapanische Nationalkleidung, den Kimono, trug, war nichts in der Erscheinung der Theilnehmenden, in der Einrichtung des Sitzungszimmers, im Ganzen der Verhandlungen zu bemerken, das den Besucher etwa stetig daran erinnert hätte, dass er sich im fernen Ostasien befand. Alles war nach europäischem Muster zugeschnitten.

Der Präsident (Prof. Okada, Tokyo) sass zur Seite der Rednertribüne an einem eigenen Präsidententische, ihm nahe zwei Secretäre, deren einem das Amt zufiel, den Vortragenden nach etwa 8 Minuten durch ein Glockenzeichen daran zu erinnern, dass ihm nach den Satzungen nur noch 2 Minuten zur Verfügung ständen, und ihm durch ein weiteres Glockenzeichen bei Ablauf der 10 Minuten das Signal zum Abschlusse seines Vortrages zu geben, während den Rednern in der Discussion nach den ihnen statutengemäss zustehenden 5 Minuten durch ein einmaliges Glockenzeichen einfach das Wort abgeschnitten wurde.

Diese drakonische Strenge, welcher sich die japanischen Collegen mit musterhafter Disciplin und ohne die in europäischen Versammlungen so häufige Bitte um Verlängerung ihrer Zeit, resp. die bei uns durchaus nicht unerhörte einfache Vernachlässigung des Signals fügten, war durch die Ueberfülle der angemeldeten Vorträge durchaus geboten. Bei nur zweitägiger Dauer der Sectionssitzungen standen in unserer Section am ersten Tage 41 otologische, am zweiten Tage 42 rhino-laryngologische Vorträge zur Verhandlung, abgesehen von der Eröffnungsrede und dem Schlusswort des Präsidenten, und obgleich die Versammlung an beiden Tagen mit nur kurzer Mittagsunterbrechung von 9 Uhr Morgens bis 6 resp. 7 Uhr Abends tagte (!), so war es doch nicht möglich, wie ich später erfuhr, das gesammte Material zu erledigen. —

Die Verhandlungen vollzogen sich in würdigster parlamentarischer Form. Ich habe nie so andauernd gespannte Aufmerksamkeit, solche Stille bei ähnlichen europäischen Veranlassungen gesehen, wie hier in Japan. Von dem ewigen Hinein- und Hinauslaufen, von den zahlreichen mehr oder minder laut geführten Privatunterhaltungen, die bei uns so oft störend wirken, war hier nicht die Rede.

Der Vortragende wurde aufgerufen, betrat die Rednertribüne, hielt — meistentheils frei — seinen Vortrag, der in vielen Fällen durch Präparate, schematische grosse Zeichnungen, die hinter der Rednertribüne an einer schwarzen Tafel aufgehängt wurden, und — soweit ich sah — vorzügliche mikroskopische Schnitte unter einer grossen Reihe von ausgezeichneten Mikroskopen erläutert wurde, und verliess beim zweiten Glockenzeichen die Tribüne.

Die Discussion wurde, soweit ich entnehmen konnte, in durchaus urbaner und sachlicher Weise geführt, ermangelte aber offenbar, wie aus der Heiterkeit der Versammlung hervorging, durchaus nicht gelegentlicher humoristischer Spitzen.

Ich selbst wurde von Prof. Okada in einer äusserst freundlichen deutschen Rede der Versammlung vorgestellt, die sich zum Schlusse zum Zeichen der Ehrung von ihren Sitzen erhob, und sprach (auf Wunsch) über die Peumokokkeninvasion des Halses. Nach Schluss meines Vortrages erfolgte eine Discussion, theilweise in deutscher Sprache, an der sich der Präsident (Prof. Okada), Prof. Watsuji (Kyoto) und Prof. Ino Kubo betheiligten und von mehreren, anscheinend thatsächlich hierher gehörigen Fällen dieser noch so unbekannten Affection berichteten.

Wie reich das wissenschaftliche Leben unserer japanischen Specialcollegen ist, dafür kann ich kein besseres Zeugniss ablegen, als durch das Citat nur einiger Titel der bei dieser Gelegenheit gehaltenen laryngologischen Vorträge, — die, beiläufig, sehr practisch nach ihrer sachlichen Zusammengehörigkeit gruppenweise abgehalten wurden:

„Ueber die Saugtherapie bei Nasenkrankheiten."
„Ueber Kopf- und Gesichtsausschläge bei Nasenkrankheiten."
„Beziehungen zwischen Mittelohrentzündung und Kieferhöhleneiterung."
„Ueber Operationsmethoden des Empyems der Highmorshöhle." (Eine ganze Reihe von Vorträgen.)
„Ueber Entstehung der Choanalpolypen in der Highmorshöhle."
„Degenerationsvorgänge des Waldeyer'schen Ringes."
„Ueber Halsbefunde bei japanischen Sängern."
„Ueber Leukämie des Kehlkopfes."
„Pathologische Veränderungen der Kehlkopfmuskeln bei Vaguslähmung durch Schilddrüsentumor."
„Formzustand der Glottis bei Durchschneidung des Vagus und der Kehlkopfnerven."
„Ueber die Kehlkopftonsille."
„Experimentelle Pathologie des Heilprocesses der Trachealwunden."
„Fremdkörper im Bronchus und experimentelle Pathologie der acuten Lungenschrumpfung hierbei."
„Tracheoskopische und ösophagoskopische Erfahrungen."
„Pathologie der Elephantiasis der äusseren Nase und des Rhinophyms."

Das sind, fürwahr, Fragen, welche zeigen, wie sehr unsere japanischen Specialcollegen die moderne Laryngologie beherrschen.

Mit der Section war eine Specialausstellung oto-rhino-laryngologischer Instrumente, Apparate, pharmaceutischer Producte, literarischer Erzeugnisse etc. verbunden, ganz der Art, wie sie bei europäischen Congressen üblich ist. Ich sah nichts besonders Neues, auch zeichneten sich die Instrumente, welche ich genauer inspicirte, nicht durch hervorragende Feinheit aus, dagegen waren sie viel billiger als die gleichen europäischen. So kostete ein Mackenzie'sches Tonsillotom, für welches man in London, wenn ich nicht irre, 18 shillings (= 18 Mark) zu bezahlen hat, hier nur 8 shillings.

Ich verliess die Versammlung mit dem Gefühl ehrlicher Bewunderung für dieses Volk, welches sich nicht nur in militärischer und administrativer, sondern auch in wissenschaftlicher Beziehung innerhalb von kurzen 50 Jahren so vollständig zur Höhe europäischer Cultur aufgeschwungen hat, und unter dem tiefen Eindruck, dass unsere Specialität weit mehr mit den Leistungen unserer japanischen Collegen zu rechnen haben wird, als dies bisher der Fall gewesen ist.

Freilich werden auch die letzteren sich mehr als bisher bemühen müssen, ihre Leistungen den Laryngologen Europas und Amerikas bekannt zu machen! — Ich habe mein Möglichstes gethan, dies den japanischen Collegen auseinanderzusetzen! —

Am Abend unseres Besuchstages gaben die Laryngologen Osakas meiner Frau und mir ein Fest nach japanischer Sitte in einem Theehaus. Hier stiessen nun alte und neue Cultur in hochinteressanter Weise aufeinander! — Es war eine für den Europäer neue Erfahrung, eine Anzahl europäisch gekleideter, theilweise bebrillter Herren in Strümpfen, nach japanischer Sitte knieend, Nationalgerichte mit „chopsticks" — in deren Benutzung ich mich vergeblich versuchte — zu sich nehmen zu sehen, während charmante Geishas Musik machten und tanzten! Aber das Gefühl der wissenschaftlichen und auch der menschlichen Zusammengehörigkeit war doch in freundlichster Weise vorhanden. Wir hielten die allerschönsten japanischen und deutschen Reden, tranken auf unser gegenseitiges Wohl in „Sakke", einem japanischen Nationalgetränk, das, wie ich leider berichten muss, 15 pCt. Alkohol enthält, und in Champagner, und wurden schliesslich von der ganzen Gesellschaft — Laryngologen und Geishas — bis an die Thüre des Theehauses begleitet und mit einem brausenden „Banzai!" entlassen. —

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **John Sendziak. Fortschritte der Laryngologie und Rhinologie seit Erfindung des Kehlkopfspiegels mit besonderer Bezugnahme auf den Antheil Amerikas an diesen Fortschritten. (Progress of Laryngology and Rhinology since the invention of the Laryngoscope with special reference to the participatien of Amerika in this progress.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Eine kurze Abhandlung, in der gezeigt wird, welchen Antheil Amerika in den letzten 25 Jahren an der Entwickelung der Rhino-Laryngologie gehabt hat.

EMIL MAYER.

2) **J. P. Crozer Griffith. Der sogenannte Thymustod. (The so called thymus death.)** *N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. berichtet über das Vorkommen von 7 plötzlichen Todesfällen in einer Familie. Es waren 8 Kinder, von denen 7 im Alter von 1 Monat bis 8 Jahren starben; in einem Fall ging eine leichte Bronchitis vorher; in den anderen entwickelte sich sehr schnell Cyanose und Dyspnoe, die einige Stunden oder einen Tag lang anhielt, ohne dass dabei aber Stenosenerscheinungen vorhanden waren. Nur bei einem Kind wurde die Autopsie gemacht und dabei eine vergrösserte Thymus gefunden; daraus schliesst Verf. auf die Möglichkeit, dass es sich auch in den anderen Fällen um dasselbe gehandelt haben könne.

EMIL MAYER.

3) **D'Ollnitz** und **Prat** (Nizza). **Erstickung infolge Thymushypertrophie. Operation. Heilung. (Suffocation par hypertrophie du thymus. Opération; guérison.)** *Société de Pédiatrie. 19. October 1909.*

Das Kind röchelte seit der Geburt ununterbrochen; als es 7 Monate alt war, nahm der Stridor zu und es traten Anfälle von drohender Erstickung ein. Stridor und Dyspnoe verschwanden, wenn man mit der Kuppe des Zeigefinger hinter das Sternum drückte.

GONTIER de la ROCHE.

4) **Wme. Kirk. Thymustod. (Thymus death.)** *Albany Medical Annals. November 1909.*

Zwei Fälle; männliche Kinder von 18 und 6 Monaten betreffend, die todt im Bett gefunden wurden. Die Autopsie ergab in beiden Fällen eine Vergrösserung der Thymusdrüse.

LEFFERTS.

5) **Weil** (Lyon). **Hypertrophie der Thymus; Operation; Heilung. (Hypertrophie du thymus; opération; guérison.)** *Société de Pédiatrie. 16. November 1909.*

Verf. meint, man könne die Diagnose auf Thymushypertrophie dann stellen, wenn man bei einem Anfall von Spasmus eine Geschwulst während der Exspiration über dem Sternum hervorspringen sieht.

GONTIER de la ROCHE.

6) **Rob. Neuenborn** (Crefeld). **Die directe Untersuchungsmethode des Larynx und Oesophagus in der Praxis.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 363. 1909.*

Mittheilungen von 6 Fremdkörperfällen in Rachen und Speiseröhre. Empfehlung der Oesophagoskopie. Zwei Röntgenbilder.

OPPIKOFER.

7) **L. Hirschland** (Wiesbaden). **Zwei casuistische Beiträge für die Wichtigkeit der directen Rohruntersuchungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. p. 371. 1909.*

Bei dem ersten Falle beobachtete H. bei einem 3jährigen Knaben den Durchbruch einer erweichten Bronchialdrüse in den rechten Bronchus.

In dem zweiten Falle (2jähriges Mädchen) handelte es sich um eine Laugenverätzung der Speiseröhre mit nachfolgender Phlegmone und wahrscheinlich auch um einen Durchbruch in die Trachea. Bei der Oesophagoskopie wurden zwei Stricturen vorgefunden. Es wurde eine Magenfistel angelegt und die Speiseröhre bougirt. Bedeutende Besserung.

OPPIKOFER.

8) **Kahler** (Wien). **Klinische Beiträge zur Oesophagoskopie und Tracheo-Bronchoskopie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 42—52 incl. 1909.*

Die als Monographie erschienene umfangreiche Arbeit legt die Erfahrungen nieder, die mit obigen Untersuchungsmethoden an der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien (Hofrath Chiari) gemacht wurden. Nach einem Rückblick auf die Geschichte der Entwickelung der Oesophagoskopie, deren Wiege in Oesterreich, und der Bronchoskopie, deren Wiege in Deutschland steht, werden die gebräuchlichsten Beleuchtungsapparate und das Instrumentarium besprochen. Bei dieser Gelegenheit werden wir mit der Kahler'schen höchst zweckmässigen Modification des Leiter'schen Panelektroskopes bekannt gemacht. Zur Verwendung kam ausschliesslich das neue Brünings'sche Instrumentarium, das sich in jedem Falle vollauf bewährte. Der Autor legt besonderen Werth auf die Einführung des Instrumentes unter Leitung des Auges, sowie auf ein besonders stumpfrandiges Rohr, welches nach Cocainisirung des Patienten in sitzender Stellung eingeführt wird. Allgemeine Narkose ist nur bei kleinen Kindern in Anwendung gekommen, zweckmässig erwiesen sich öfters Morphiuminjectionen ante operationem. Vor der Endoskopie wird principiell nicht sondirt. Es folgt nun die Mittheilung von üblen Zufällen und den Contraindicationen der Endoskopie (vor allem hohes Alter). Von ca. 800 Oesophagoskopien wurde in 10 Fällen die Untersuchung vorzeitig abgebrochen und in einem Falle kam es infolge des Eingriffes zum Exitus des Patienten. Ausführliche Besprechung erfährt weiter das Verhalten der Cardia, worüber uns der Autor einige werthvolle Daten liefert. Bei der Beschreibung der einzelnen Fälle wird auch die Radioskopie entsprechend gewürdigt, dabei aber auch betont, dass diese Methode in mehreren Fällen von Fremdkörpern versagte, ja sogar irreführte, namentlich bei den nicht seltenen Verkalkungsherden in der Schilddrüse. Die ebenso fleissige als gedankenreiche Arbeit zeigt uns so recht den Werth der directen Untersuchungsmethoden, die jetzt schon ebenso unentbehrlich zu werden versprechen, wie die indirekte Laryngoskopie.

HANSZEL.

9) **Alejandro del Rio. Fünfzehn Fremdkörperfälle der Luftwege und fünf der Speiseröhre mittels Tracheo-Broncho-Oesophagoskopie entfernt. (Quince casos de cuerpos extranos de las vias respiratorias y cinco del esófago, extraidos por Traqueo-bronquio-esofagocopía.)** *Mittheilung auf dem Panamerikanischen wissenschaftlichen Congress in Santiago 1909.*

Die Fremdkörper der Athemwege waren: 6 Nadeln mit Glaskopf; eine Lapisstifthülse; 7 Melonenkörner. Von den erstgenannten Fällen verlief einer tödtlich.

Bei den Speiseröhrenfällen, die alle günstig verliefen, handelte es sich dreimal um Münzen, zweimal um Knochenstücke. FINDER.

10) **Albrecht. Letal verlaufene Fremdkörperfälle in den Respirationswegen.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 3. December 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1909.*

Demonstration von drei Präparaten, darstellend die Halsorgane von Kindern mit Fremdkörpern im Oesophagus und im linken Hauptbronchus, sowie der Hals- und Brustorgane eines Kindes mit einem hinter der Cartilago cricoidea eingeklemmten Zweihellerstück. Im ersten Falle Tod durch Mediastinitis und Pericarditis, im zweiten durch Totalgangrän der linken Lunge, im dritten infolge Durchbruches eines retroösopharyngealen Abscesses mit rechtsseitigem Pneumothorax. CHIARI.

11) **P. Sebileau** und **F. Lemaitre. Der augenblickliche Stand der Broncho-Oesophagoskopie. (État actuel de la broncho-oesophagoscopie.)** *Presse Médicale. No. 5. 1910.*

Ein für den allgemeinen Practiker bestimmter Artikel, in dem der Specialist nur Bekanntes finden wird. Bekannt werden ihm auch die Abbildungen sein und namentlich die Figur Brünings' mit seinem weissen Operationsmantel. Wohl geht der Beschreibung der Technik ein historischer Abschnitt vorher, in dem der Name Killian's erwähnt wird, doch die ganze Broncho-Oesophagoskopie ist nach der Auffassung der beiden Autoren in ihrem gegenwärtigen Stande ein Werk Brünings. Allerdings können die französischen Leser nicht errathen, dass der Mann, der so gelassen das ruhig dasitzende Mädchen bronchoskopirt, auch Brünings ist. Uebrigens ist die Gegendruck-Autoskopie und die diesbezügliche Verbesserung des Bronchoskops nicht erwähnt. Was die Indication der Broncho-Oesophagoskopie anlangt, so sind nach beiden Autoren gewisse Einschränkungen für deren Anwendung auch bei Fremdkörpern angezeigt. Was endlich die Frage anlangt, in wessen specielles Gebiet die Broncho-Oesophagoskopie gehört, so glauben die Autoren, dass der Internist, der Chirurg und der Laryngologe in gleichem Maasse diese neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode anwenden müssen. LAUTMANN.

12) **Schoenemann. Die Anwendung kalter Inhalationen bei Krankheiten der oberen Luftwege. (L'application des inhalations froides contre les maladies des voies respiratoires supérieures.)** *Archives Internat. de laryngol. T. XXIX. No. 2. 1910.*

Empfehlung der Einathmung kalten Dampfes, wie sie zu Heustrich (Schweiz) gepflegt wird, wo Sch. practicirt. Die vom Verf. angewandten Inhalationen

sollen auf die Rhinopharyngitis günstiger einwirken, als die allbekannten überall üblichen Inhalationen. LAUTMANN.

13) **Max Senator** (Berlin). **Haben sich in der Rhino-Laryngologie die Ersatzmittel des Cocains bewährt?** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1910.*

Obige Frage beantwortet S. mit nein; weder Eucain, noch Alypin, noch Novocain zeitigen eine dem Cocain gleichwerthige Anästhesie und müssen daher vor dem Cocain zurücktreten. Die Giftwirkung des Cocains ist in der bei uns üblichen Anwendungsweise nur gering und etwa — ausserdem nur selten — auftretende Intoxicationserscheinungen haben noch niemals zu irgend welchen bedenklichen Folgeerscheinungen geführt. Bleiben wir also dem Cocain treu, bis man uns ein wirklich vollkommenes Ersatzmittel bietet! HECHT.

14) **G. Burton Cleland. Camphor-Carbolsäure, ein directes antiseptisches Mittel zur Application auf geschwürige Oberflächen. (Camphor-carbolic acid as a direct antisoptic application for ulcerated surfaces.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1910.*

Eine Mischung von reiner Carbolsäure mit Camphor zu gleichen Theilen auf kleine Geschwüre im Munde applicirt, bringt diese Geschwüre schnell zur Heilung. Eine Gewebszerstörung findet nicht statt. Ausser einem leichten Brennen unmittelbar nach der Application sind keine Unannehmlichkeiten zu verzeichnen.

J. A. BRADY.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **H. Binswanger** (Augsburg). **Ein Fall von angeborener einseitiger Choanalatresie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1909.*

Unter eingehender Berücksichtigung der Literatur bezüglich pathologischer Anatomie, Symptomatologie und Therapie berichtet Autor über einen Fall von einseitiger knöcherner Choanalatresie, den er in Narkose in der Weise operirte, dass er mittels Meissel und Hammer die knöcherne Verschlussplatte durchbrach und die gesetzte Oeffnung nach allen Richtungen möglichst erweiterte, gleichzeitig „perforirte er die knöcherne Nasenscheidewand möglichst weit hinten" im Durchmesser von etwa 1 cm, um sicher eine Daueröffnung für die linke Nase zu erhalten. Letztere blieb bestehen, während der Choanalverschluss nach 2 Monaten sich wieder vollkommen regenerirt hatte. Das nach der Operation wiedergekehrte Geruchsvermögen der betreffenden Seite blieb, ebenso wie die Schneuzmöglichkeit erhalten. HECHT.

16) **Trumpp** (München). **Notiz zur Behandlung der Rhinitis acuta.** *Münchener med. Wochenschr. No. 47. 1909.*

Tr. empfiehlt zur Behandlung des frischen Schnupfens, insbesondere der Säuglinge und überhaupt im Kindesalter, die Bolustherapie. Er lässt anfänglich „3—4mal in viertelstündlichen, später in einstündigen Pausen" vermittels des von ihm angegebenen Pulverbläsers (Glasolive mit Schaufel und Ventilgummiballon [erhältlich bei Katsch-München für 2 M.]) grosse Mengen des sterilisirten und

möglichst trocken aufbewahrten Thones (Bolus alba) in die Nase einblasen; „am zweiten Tage genügt meist schon eine 2—3stündliche Application". Mit dieser Therapie lassen sich alle lästigen Symptome des acuten Schnupfens bedeutend einschränken; des Oefteren gelingt es auch, ihn noch zu coupiren. Die gleiche Methode empfiehlt Autor zur Unterstützung der Serumtherapie bei Nasendiphtherie, sowie bei Ozaena — Autor will in einem Falle von „Ozaena" in wenigen Tagen eine bis jetzt (2 Monate) andauernde „Heilung" erzielt haben — und empfiehlt die Bolustherapie auch zum Versuche bei Heuschnupfen. HECHT.

17) **May** (Zielenzig). **Die Behandlung des Schnupfens und der Influenza mit elektrischen Lichtkastenbädern.** *Med. Klinik. 47. 1909.*

Nach einer 3—4stündlichen „Kurdauer" war der erst 1—2 Tage bestehende Schnupfen vollständig geschwunden, nur in einem besonders hartnäckigen Falle war noch ein zweites Bad nothwendig. Contraindicirt sind die Kastenbäder bei Tuberculose, Arteriosklerose, Herzklappenfehler und Schwangerschaft.

SEIFERT.

18) **Schiffer** (Wien). **Ueber Coryfin.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Empfehlung von Coryfin und Paraff. liquid. aa part aequal. als Mittel gegen Rhinitis, besonders bei kleinen Kindern. HANSZEL.

19) **Charles E. North. Bericht über 300 mit Milchsäurebakterienculturen behandelte Fälle. (Reports of 300 cases treated with a culture of lactic acid bacteria.)** *N. Y. Medical Record. 27. März 1909.*

Unter den behandelten Fällen sind auch solche von: Rhinitis atrophicans; Ethmoiditis; Stirnhöhlenempyem; acuter Rhinitis; chronischer Rhinitis; Heufieber; Tuberculose der Highmorshöhle. Durch die Anwendung der Milchsäurebacillencultur wird die Absonderung auf Oberflächen oder in Höhlen oft herabgesetzt, Schwellungen des erectilen Gewebes in der Nase reducirt und Fötor vermindert.

Ob der Methode irgend welcher Werth beizumessen ist, das zu beurtheilen scheint im Wesentlichen Sache individueller Anschauung zu sein. LEFFERTS.

20) **J. L. Goodale. Milchsäurebakterien bei chronischen eitrigen Zuständen in der Nase. (Lactic acid bacteria in chronic suppurative nasal conditions.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. Juli 1909.*

Während der letzten vier Monate behandelte G. eine Reihe von Fällen mit milchsäurebildenden Bakterienculturen, darunter solche von Rhinitis atrophicans mit Ozaena und chronische Nebenhöhleneiterungen. Das Präparat wurde zweimal wöchentlich aus dem Laboratorium geschickt und den Patienten zur Anwendung in einem Atomizer gegeben; sie bekamen jede Woche frisches Material und es wurden ihnen genaue Vorschriften für dessen zweckmässige Aufbewahrung gegeben. In Fällen von Rhinitis atrophicans wurde darauf geachtet, dass vor Anwendung des Sprays die Krusten aus der Nase beseitigt wurden. G. ist der Ansicht, dass in einigen Fällen von Ozaena mit starker Borkenbildung ein deutlicher Effect erzielt wurde. Die Resultate sind mit denen durch Argyrolanwendnng erzielten vergleichbar. Bei chronischer Sinusitis mit Hyperplasie und Polypenbildung konnte kein Resultat bewirkt werden. EMIL MAYER.

21) **Samuel W. Thurber. Behandlung der Epistaxis. (Treatment of epistaxis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. August 1909.*

Der Artikel stellt die Beantwortung einer von den Herausgebern der Zeitung gestellten Preisaufgabe dar. Die zahlreichen Antworten brachten absolut nichts Neues. Th. lenkt die Aufmerksamkeit nachdrücklichst auf den Locus Kiesselbach als Ort der Blutung. LEFFERTS.

22) **W. Peyre Porcher. Die Behandlung der Epistaxis. (The treatment of epistaxis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. August 1909.*

Verf. verschliesst die Nasenlöcher mit einer gewöhnlichen Wäscheklammer oder einer starken Haarnadel. LEFFERTS.

23) **Renaux** (Brüssel). **Schwere hypoplastische Anämie durch wiederholte kleinere Nasenblutungen. Heilung.** *Med. Klinik. 48. 1909.*

Bei einem 37jährigen Mann gab ein Geschwür an der rechten unteren Muschel die Veranlassung zu Nasenbluten. Ausschneiden des Ulcus und Kauterisation der Schnittfläche. Nach der Operation sehr rasches Verschwinden der hypoplastischen Anämie. SEIFERT.

24) **Julian Marcuse** (Partenkirchen). **Die therapeutische Anwendung localer Kälteapplicationen auf den Nacken.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1909.*

Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und bezugnehmend auf die jüngsten Mittheilungen von Muck und Jurasz berichtet Marcuse über seine günstigen Erfahrungen mit der kalten Nasendouche bei Asthma bronchiale und nervosum und schildert die von ihm geübte Applicationsweise. HECHT.

25) **Rücker** (Werden, Ruhr). **Die Erzeugung einer schweren Hämatemese durch Läsion der Nasenscheidewand.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1909.*

In der Strafanstalt Werden kamen eine Reihe von Fällen vor, in denen die Kranken bis zu 1, ja $1^1/_2$ Liter Blut brachen. Es stellte sich heraus, dass die Patienten mit „wohlgepflegtem Fingernagel" den Locus Kiesselbach der Nasenscheidewand wiederholt angeritzt hatten, bei stark nach hinten geneigtem Kopfe das Blut in den Pharynx laufen liessen, verschluckten und dann ausbrachen, um auf diese Weise ein Magenleiden vorzutäuschen und für den „kranken" Magen Krankenkost zu erzielen. HECHT.

26) **Hugo Recht** (Linz a. D.). **Eine Compressionspincette zur Stillung von Nasenblutungen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1910.*

Das in der Mittheilung abgebildete Instrument wird an seinen vorderen Compressionsbranchen mit Gummibezügen versehen und in der Weise eingeführt, dass das knorpelige Septum und mit ihm die blutende Stelle zwischen die zwei Branchen zu liegen kommt. Die mit einem Schraubengewinde versehene Pincette stillt die Blutung durch Druck in wenigen Minuten. HECHT.

27) **M. Hajek. Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. p. 471. 1910.*

Referat, erstattet auf dem internationalen medicinischen Congress zu Budapest 1909. OPPIKOFER.

28) **Botey** (Barcelona). **Oberkieferempyem mit multiplen Nekrosen. (Sinusitis maxilar con nécrosis multiples.)** *Archivas de Rinologia, Laringologia y Otologia. No. 159. 1909.*

Die Natur der Affection war hereditär-syphilitisch. Operation. Heilung.

TAPIA.

29) **v. Rimscha. Die Diagnose und Therapie des Highmorshöhlenempyems.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 4. 1910.*

R. empfiehlt, auch bei Verdacht die Höhle zu punctiren und durchzublasen. Spülung bei Rasseln. Acutes Empyem wird mit Bettruhe immer geheilt, wenn es sich nach Influenza entwickelt. Radical wird nach Denker operirt, dabei die untere Muschel selten resecirt.

P. HELLAT.

30) **Razemon. Die Localanästhesie bei der Behandlung des Oberkieferempyems. (L'anesthésie locale dans la cure de la sinusite maxillaire.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 16. 1910.*

Patient, an doppelseitiger Sinusitis maxillaris leidend, wurde auf der einen Seite nach Caldwell-Luc, auf der anderen Seite nach Claoué (vom unteren Nasengang) operirt, beide Male unter localer Anästhesie. Die Technik der Anästhesie ist genau beschrieben und hat natürlich nur für die Operation nach Luc besondere Schwierigkeiten geboten, die vom Autor sehr leicht überwunden worden sind, durch schrittweises Anästhesiren je nach der afficirten Stelle. Die Operation dauert dadurch ziemlich lange, dafür ist wegen der Blutleere volle Uebersichtlichkeit erzielt. Patient litt keine nennenswerthe Schmerzen und empfiehlt Razemon die locale Anästhesie jedesmal, wenn nicht besondere Gründe (Aengstlichkeit des Patienten) allgemeine Anästhesie erfordern.

LAUTMANN.

31) **Metzianu. Behandlung des Kieferhöhlenempyems mit localer Cocainanästhesie. (L'opération de sinusite maxillaire par anesthésie locale de la cocaïne.)** *Bulletin de laryngologie, otologie etc. Tome XIII. No. 1.*

Zwei Fälle von Kieferhöhleneiterung wurden vom Autor in Localanästhesie operirt, jedoch gelang die Anästhesie nur in einem Falle, im anderen musste während der Operation zum Chloroform gegriffen werden. Beschreibung der Technik.

LAUTMANN.

32) **Sargnon** (Lyon). **Radicalbehandlung des Kieferhöhlenempyems. (Cure radicale de sinusite maxillaire.)** *Lyon médical. No. 38. 20. September 1909.*

Verf. hat mit Erfolg die endoskopische Methode durch die Fistel in der Fossa canina anwenden und sowohl die Diagnose stellen, wie den Heilungsvorgang controliren können.

GONTIER de la ROCHE.

33) **John O. Roe. Methoden zur Eröffnung der Kieferhöhle nebst Demonstration eines neuen Instruments. (Methods of opening the maxillary antrum with presentation of a new instrument.)** *Annals of Otology, Rhinology and Largngology. Juni 1909.*

Das angegebene Instrument ist eine Scheere, die in zwei Formen hergestellt wird Die eine ist vorzuziehen, wenn der Boden der Kieferhöhle höher, die andere, wenn er tiefer liegt als der Boden der Nasenhöhle. In den meisten Fällen entfernt

Verf. den vorderen Theil der unteren Muschel. Dann wird mit einem kleinen spitzen Messer ein Schnitt durch das Periost bis auf den Knochen von hinten nach vorn längs der ganzen Ausdehnung des Antrum so nahe der Anheftungsstelle der Muschel als möglich gemacht, auf diesen Schnitt wird am vorderen und hinteren Ende je ein senkrechter bis auf den Nasenboden gesetzt. Der so gebildete Lappen wird dann vom Knochen abgehoben. Dann wird im vorderen Theil des Antrum eine Oeffnung möglichst nahe dem Nasenboden gemacht; er verwendet mit Vorliebe dazu Myle's gebogenen Meissel; dann führt er seine Scheere ein und knipst die ganze Wand unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel ab. Sehr wesentlich ist, dass zwischen Höhle und Nasenboden kein Vorsprung übrig gelassen wird. Die Höhle wird von etwa vorhandenen Geschwülsten gereinigt und sorgfältig ausgetrocknet und der Schleimhautlappen auf den Boden antamponirt. Verf. wendet sich energisch dagegen, die Höhle zu curettiren und die Schleimhaut zu zerstören.

EMIL MAYER.

34) **K. M. Menzel** (Wien). **Ueber primäre acute Osteomyelitis des Oberkiefers.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 100. 1908.*

Die primäre acute Osteomyelitis des Oberkiefers ist bei Erwachsenen ausserordentlich selten. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass dieselbe nicht nur bei Säuglingen, sondern auch bei Erwachsenen für die secundären fortgeleiteten Kieferhöhlenempyeme eine wichtige ätiologische Rolle spielt.

Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass $1/2$ Jahr vor Beginn der Erkrankung dem Patienten ein Brett auf die Nasenwurzel gefallen ist. Patient erkrankte mit heftigen Stirnkopfschmerzen und 41° Fieber, der Zustand wurde für Appendicitis gehalten und Patient schon für die Operation bestimmt. Nach einigen Tagen floss Eiter und Blut aus der linken Nase, womit Fieber und Beschwerden schwanden. Ein ziemlich grosser Sequester um das Ostium maxillare herum wurde durch Operation von der Fossa canina aus beseitigt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

35) **Otto Kahler** (Wien). **Zur Pathologie und Klinik der gutartigen Oberkiefergeschwülste.** *Mit 3 Textfiguren u. 1 Tafel. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol. Heft 2. 1910.*

I. Ueber Kieferhöhlenfibrome: Die Fibrome kommen in zwei Formen zur Beobachtung; als periostale (Fibrombildung vom Periost des Antrum aus) und als sogenannte centrale Fibrome, die im Knochen selbst entstehen. Besprechung der bisher in der Literatur mitgetheilten Fälle und Hinzufügung der Kranken- und Operationsgeschichten zweier weiterer Fälle aus der Chiari'schen Klinik. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein periostales Fibrom, im zweiten liess sich nicht mehr entscheiden, welcher Gruppe der Tumor zuzutheilen war, da er durch sein Wachsthum schon den ganzen Oberkiefer eingenommen hatte. Epikritische, diagnostische und differentialdiagnostische Erörterungen mit Hinweis auf die diagnostische Bedeutung der Röntgenaufnahme.

II. Ueber partielle Hyperostose des Oberkiefers: Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von ausgedehnter Hyperostose des Oberkiefers

beiderseits mit Stenose der Nasenhöhle beiderseits und kosmetischer Beeinträchtigung des Gesichtsschädels. Operationsbericht und Mittheilung des histologischen Untersuchungsbefundes des excidirten Knochens. Besprechung der einschlägigen Literatur nebst epikritischen, diagnostischen und therapeutischen Erörterungen.

HECHT.

36) **E. Labarre** (Brüssel). **Voluminöse congenitale Cyste der Kieferhöhle paradentären Ursprungs. (Kyste congénital volumineux du sinus maxillaire d'origine paradentaire.)** *La Presse oto-laryngologique Belge. No. 2. 1910.*

Pathogenie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung dieser Geschwülste werden gelegentlich eines vom Autor beobachteten Falles erörtert, bei welchem derselbe nach der Exstirpation eine sinusonasale Drainage vornahm; unglücklicher Weise war die Abfallshöhe des Sinus zu gross, um auf die exclusive Verwendung der Drainage rechnen zu können, Beweis dafür, dass das Verfahren sich nicht in allen Fällen verwenden lässt.

PARMENTIER.

37) **E. F. Reamer. Bericht über einen Fall von Angiom der Highmorshöhle. (Report of a case of angiome of the antrum of Highmore.)** *The Journal of the Minnesota State Medical Association and the Northwestern Lancet. März 1909.*

50jährige Frau, bei der seit einigen Jahren linksseitige Nasenverstopfung besteht. Seit einem Jahre ist Schwellung der linken Gesichtshälfte aufgetreten. Bei der Palpation konnte man unter der Lippe und über der Wange deutliche Pulsation wahrnehmen. Bei der Operation entstand eine profuse Blutung. Die Highmorshöhle war sehr gross und gänzlich mit Blut und Blutgefässen angefüllt. In der Vorderwand des Jochbeins war durch Druckatrophie ein grosses Loch entstanden. Die Operation konnte wegen der Blutung nicht zu Ende geführt werden. Sechs Wochen später zeigte sich wieder die Schwellung des Gesichts; die Wunde wurde geöffnet und die Highmorshöhle voller Granulationen gefunden. Längs des Zahnfleisches, unmittelbar oberhalb der Zähne wurden zwei oder drei grosse Blutgefässe gefunden. Die Wunde wurde bis dahin erweitert und dann curettirt. Die Highmorshöhle wurde dann eine Zeit lang gespült und es trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

38) **H. Tilley. Ein Fall von Endothelioma myxomatodes der Kieferhöhle, nebst einer pathologischen Anmerkung von S. G. Shattock.** *Lancet. Vol. II. p. 136. 1909.*

Die Symptome bestanden in Verlegtsein der betreffenden Seite, Kopfschmerz und heftigem Schmerz im linken Auge. Bei Eröffnung der Kieferhöhle fand man diese völlig ausgefüllt von einer blaugrauen Geschwulst; Eiter war nicht vorhanden. Die Geschwulst bestand aus einer halbfesten, röthlich-braunen, gummiartigen Substanz, die der Verf. mit einer grossen Traube mit fehlenden Kernen vergleicht. Die Geschwulst wurde ausgeschält; die Auskleidung der Höhle schien etwas verändert. Es war nicht möglich, ausfindig zu machen, von welcher Stelle die Geschwulst ihren Ausgang nahm. Die nasale Antrumwand und die vorderen Siebbeinzellen wurden entfernt und die Wunde in der Mundhöhle geschlossen.

Der Verf. berichtet über einen ähnlichen Fall in seiner Praxis, bei dem 2 Jahre nach der Operation kein Recidiv aufgetreten war. WATSON WILLIAMS.

39) **S. J. Kopetzky. Ein Fall von primärem Epitheliom der Oberkieferhöhle. (A case of primary epithelioma of the maxillary antrum.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Der Fall ist insofern interessant, als es sich um eine junge Frau unter 30 Jahren handelt. Bei der ersten Operation schien es sich nur um ein gewöhnliches Empyem zu handeln; eine gleichzeitig bestehende Facialisparalyse konnte man sich nicht recht erklären, eine Infiltration der Weichtheile schob man auf die Ausbreitung der Entzündung vom Knochen auf jene. Die Behandlung basirte auf der Idee, soviel von der Geschwulst, als erreichbar war, zu entfernen und das oberflächliche Infiltrat in der Wange durch Röntgenstrahlenanwendung zu beeinflussen. Die Röntgenstrahlen liessen aber völlig im Stich. EMIL MAYER.

40) **Malherbe** (Paris). **Sarkom der Kieferhöhle. (Sarcome de l'antre d'Highmore.)** *Congrès de Chirurgie de Paris. 4. October 1909.*

Es handelte sich um einen apfelsinengrossen Tnmor, der sich in der rechten Kieferhöhle bei einem 14jährigen Mädchen entwickelt hatte und eine Hervorwölbung des Gaumens, des Auges und der lateralen Nasenwand verursachte.

Die Fossa canina wurde breit freigelegt und auf diesem Wege die Höhle völlig ausgeräumt. Heilung in 12 Tagen. Nach einem Jahr Recidiv und ähnliche Operation. GONTIER de la ROCHE.

41) **R. Imhofer** (Prag). **Entfernen eines Fremdkörpers aus der Kieferhöhle mit Hülfe der Endoskopie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 427. 1910.*

I. wollte die durch die Alveole angelegte Kieferhöhlenöffnung erweitern; dabei schlüpfte der Cocain enthaltende Wattetampon nach Innen. Nachdem alle möglichen Manipulationen nicht zum Ziele geführt hatten, wurde der Fremdkörper mit Hülfe des Endoskops gesehen und dann aspirirt.

Im Anschluss an diese Beobachtung spricht I. über die Fremdkörper in der Kieferhöhle. Verf. vertritt die Anschauung, dass ein Fremdkörper, der in eine vorher gesunde Kieferhöhle geräth, unbedingt eine Eiterung hervorruft.

Um den Fremdkörper zu entfernen, sollen vorher alle conservativen Methoden der Fremdkörperentfernung versucht werden, bevor man sich zur Eröffnung der Fossa canina entschliesst. Der Werth der Endoskopie darf nicht zu hoch angeschlagen werden. OPPIKOFER.

42) **Razemon** (Lille). **Fremdkörper der Kieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Echo médical du Nord. 20. Februar 1910.*

Ein seit 20 Jahren in der Kieferhöhle steckender Drain, der keine Beschwerden machte, bis Patient kürzlich erst durch einen hartnäckigen Schnupfen darauf aufmerksam gemacht wurde. Extraction durch die Fossa canina.

GONTIER de la ROCHE.

43) **Razemon. Fremdkörper in den Nebenhöhlen der Nase, namentlich in der Kieferhöhle. (Corps étrangers des sinus, du sinus maxillaire en particulier.)** *Bulletin de laryngol., d'otologie. Tome XIII. No. 1.*

Alle Zeichen einer einseitigen Eiterung der Nase mit starken nervösen Reactionserscheinungen verschwanden, nachdem Razemon bei einem Patienten aus dem mittleren Nasengang einen Fremdkörper extrahirt hatte. Der Fremdkörper stellte sich als ein Stück eines Caoutchoucdrains heraus. Nun erzählte der Patient, dass er vor nahezu 20 Jahren wegen einer Kieferhöhlenentzündung von der Alveole aus behandelt worden ist, und dass er die Trepanationswunde mit solchen Drains offen hielt. Diese Drains verschwinden oft spurlos, offenbar, wie Patient glaubt, weil sie verschluckt wurden. Demnach erscheint es Razemon plausibel, dass ein solcher Caoutchoucdrain in die Kieferhöhle geschlüpft ist, daselbst fast 20 Jahre ruhig gelegen und endlich durch den Hiatus maxillaris den Weg in die Nasenhöhle angetreten hat, woselbst er sich in der geschwollenen mittleren Nasenmuschel verfangen hat. Im Anschluss an diesen Fall resumirt Razemon die in der Literatur veröffentlichten Fälle, wobei aber die Autorennamen fast durchweg fehlerhaft citirt werden.

LAUTMANN.

44) **C. Hubrich** (Nürnberg). **Ein Rachentonsillotom.** *Mit 3 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1910.*

Hubrich modificirte das Schütz'sche Adenotom in der Weise, dass er statt des gefensterten Messers ein nach Art der Gillete-Rasierapparate angefertigtes Stahlplättchenmesser verwendet, das den Rahmen verschliesst und ein Durchfallen der Rachenmandel durch den Rahmen verhindert. Das Messer schneidet während des Vorschiebens von unten nach oben in gleicher Richtung die Mandel durch.

HECHT.

45) **Nadoleczny** (München). **Rachenmandeloperationen und Sprachstörungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1910.*

N. bespricht die Indicationen, bezw. Contraindicationen bei einer Reihe von Sprachstörungen (Sigmatismus nasalis, Stammlern und Stotterern), sowie bei sprachgestörten Schwachsinnigen und belegt dieselben mit eigenen casuistischen Fällen. Zusammenfassend kommt er zu dem Schlusse: „Der einzige Sprachfehler, den man durch Adenotomie beseitigen kann, ist die Rhinolalia clausa. Auch hier bleibt der Erfolg nach der Operation manchmal zunächst aus. Er wird aber sicher erreicht durch eine sprachärztliche Behandlung. Bei den anderen Formen von Stammeln und beim Stottern gilt der Satz, dass die Operation durch die Sprachstörung allein nicht indicirt ist, dass aber, wenn andere Indicationen vorhanden sind, die Sprachstörungen sehr ins Gewicht fallen. In solchen Fällen kann eine sprachärztliche Behandlung erst nach Entfernung der Rachentonsille mit Erfolg einsetzen. Die Sprachstörungen der Schwachsinnigen werden durch die Adenotomie ebensowenig beeinflusst wie deren geistiger Zustand, es sei denn, dass die Hyperplasie der Rachenmandel nachweislich die allbekannten Störungen gemacht hat. Aber auch dann muss man sich mit recht bescheidenen Erfolgen zufrieden geben. Bei den verschiedenen Formen des offenen und gemischten Näselns ist jene Ope-

ration nicht angezeigt, sie führt direct zu einer Verschlimmerung des Sprachfehlers. Ceterum censeo: Sprachstörungen allein können niemals als Indicationen zur Entfernung einer Rachenmandel gelten, die sonst keinerlei pathologische Erscheinungen hervorruft. Eine Prognose hinsichtlich „der Besserung oder Heilung von Sprachstörungen durch die Operation" allein aber wird auch dann meistens trügen, wenn der Eingriff indicirt war."

HECHT.

46) **Rowland G. Freeman. Rachenmandelhypertrophie während des ersten Lebensjahres und deren Behandlung. (Adenoid hypertrophy during the first year of life and its treatment.)** *N. Y. Medical Record. 12. Juni 1909. N. Y. Medical Record. 28. August 1909.*

Verf. räth zu frühzeitiger Operation auch im ersten Lebensjahre. Die Operation wird ohne Narkose gemacht; soll ein Narkoticum gegeben werden, so empfiehlt Verf. Lachgas.

LEFFERTS.

47) **Otis Orendorf. Klinische Symptome der Adenoiden bei Erwachsenen. (Clinical manifestations of adenoids in adults.)** *Journal American Medical Association. 25. September 1909.*

Verf. sagt, dass manche erwachsene Patienten wegen eines „Katarrhs" behandelt werden, bei denen es sich um übersehene adenoide Wucherungen handelt.

EMIL MAYER.

48) **Eustace Smith** (London). **Eine wenig gekannte Folge der Adenoidgeschwülste. (A little recognised consequence of adenoid growths.)** *Practitioner. London. Januar 1910. Vol. 84. p. 67.*

Die von dem Verf. „entdeckte" Folgeerscheinung der Adenoiden ist die wohl von jedem einigermaassen erfahrenen Specialisten lange gekannte reichliche Absonderung eines dicken, reizenden („acrid") Schleims. Verf. ist augenscheinlich der Ansicht, dass ein lange bestehender Nasenkatarrh oder häufiges Wiederkehren von solchen für die Production dieses manchmal gelben, alkalischen und irritirenden muco-purulenten Secrets von wesentlicher Bedeutung ist; er scheint nicht zu wissen, wie bald nach einem einfachen acuten Katarrh oder einer Influenza er sich zeigen kann. In seiner im Uebrigen sehr interessanten und lehrreichen Arbeit beschreibt Verf. die gastrischen und laryngealen Störungen, die durch diese Secretion bedingt werden. Er räth zur frühzeitigen Entfernung dieser Geschwülste, Athemübungen und Leben in freier Luft. Als Tonicum für die erschlafften Theile wendet Verf. Resorcin und Tinct. Hamamelis an. Nach vier Wochen pinselt er den Pharynx mit Lugol'scher Lösung.

JAMES DONELAN.

49) **Clark J. Payson. Resultate bei Adenoiden- und Gaumenmandeloperation. Eine Studie über eine Serie von Fällen. (Results of adenoid and tonsil operation. A study of a series of cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1909.*

Von 73 Fällen, die nach Operation in Aethernarkose wegen adenoider Wucherungen und Tonsillen wieder untersucht wurden, wurde angegeben, dass in 35

noch Mundathmung bestand. Verlegung der Nase konnte als Grund dafür nicht aufgefunden werden. Vier Fälle von Enuresis nocturna waren durch die Operation nicht gebessert worden. In zwei Fällen trat eine secundäre Blutung auf.

EMIL MAYER

50) **Francis R. Packard. Adenoidoperation. (Adenoid operations.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909. N. Y. Medical Journal. 4. September 1909.*

Verf. empfiehlt, bei Kindern und Personen unter 18 Jahren in Allgemeinnarkose, bei Personen über 18 Jahren unter Cocain zu operiren. Ist der Narkotiseur mehr auf Chloroformanwendung als auf Aether eingeübt, so wähle er Chloroform, trotzdem dieses gefährlicher ist als Aether. Der Patient soll 12 Stunden unter Beobachtung bleiben. Die Frage der Narkose bei Adenoid- und Tonsillaroperation bezeichnet Verf. von folgenden Gesichtspunkten aus als sehr wichtig: Die Kinder, um die es sich handelt, haben oft den sogenannten „status lymphaticus" und sind daher ganz besonders schlechte Objecte für die Narkose. Ferner erschwert die mechanische Verengerung der Athemwege infolge der Adenoiden und Mandelhyperplasien die Inhalation des Narkoticums, so dass oft grosse Mengen von diesem nothwendig sind. Verf. wendet im Allgemeinen die Tropfmethode an. Der Patient liegt auf dem Rücken mit etwas über den Tisch hinaushängendem Kopf. Verf. bevorzugt entschieden Aether vor Chloroform; Lachgas ist in seiner Wirkung zu kurz, Bromäthyl ist zu gefährlich und Aethylchlorid hat den Nachtheil, dass bei einigermassen längerer Anwendung die Kiefer rigide werden, abgesehen davon, dass es die Empfindlichkeit der Schleimhäute nicht so herabsetzt, wie Aether und Chloroform.

EMIL MAYER.

51) **N. R. Blegvad. Ueber Operation der adenoiden Wucherungen. (Om Operation for adenoide Vegetationer.)** *Hospitalstidende. No. 42. 1909.*

Verf. zieht Beckmann's Ringmesser vor und ist ein Gegner der Anwendung von Chloroform oder Localanästhesie. Er wendet, wenn es nothwendig, primäre Aethernarkose an.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER),

52) **Parrel. Die Complicationen der Adenectomie; einige seltene oder selten beschriebene Zufälle. (Les complications de l'adénectomie; de quelques accidents rares ou rarement décrits.)** *Bulletin de laryngologie. Tome XIII. April 1910.*

Zusammenstellung der bekannten üblen Zufälle infolge von Abtragung der Adenoiden. Zu den Todesfällen infolge von Septikopyämie fügt Autor noch einen nicht veröffentlichten Fall von Grossard hinzu. Der Tod erfolgte infolge von septischer Blutung 8 Tage nach der Operation. Um die besten Resultate zu erzielen, muss man bei hängendem Kopf und unter Chloräthylnarkose operiren.

LAUTMANN.

53) **Alfred Wiener. Ein Zange zur Entfernung von Fetzen etc. an der hinteren Rachenwand nach Adenoidoperation. (A forceps for the removal of the tags etc. on the posterior pharyngeal wall after adenoid operations.)** *N. Y. Medical Record. 10. April 1909.*

Die Zange schneidet und reisst nicht; sie wirkt wie eine Scheere und kann mit einer Hand gehandhabt werden; die Schneide des unteren Blattes ist sägeförmig.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

54) **G. S. Hett** und **H. G. Butterfield. Die Anatomie der Gaumenmandeln. (The anatomy of the palatine tonsils.)** *Journ. Anat. and Physiol. London. Vol. 44. p. 35.*

Verff. geben eine ausführliche Schilderung der Anatomie der Gaumenmandeln, sowie ihrer vergleichenden Anatomie und Embryologie bei Menschen und Säugethieren. Der Inhalt ist zu reichhaltig, als dass er in Form eines Referates sich wiedergeben liesse. Die Arbeit ist durch 31 Zeichuungen illustrirt. Sie verdient sorgfältigstes Studium und stellt eine weitere Bereicherung unserer Literatur über die Anatomie des Pharynx dar.

JAMES DONELAN.

55) **Charles M. Robertson. Anatomie und Physiologie der Tonsille. (Anatomy and Physiology of the tonsil.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Anatomie der Tonsille, ihre Entwickelung und die Störungen, die für den Organismus aus Erkrankungen derselben sich ergeben. Er ist der Ansicht, dass, wenn der Tonsille überhaupt eine Function zuzuschreiben ist, diese sich nur in dem Alter zwischen dem 6. und 8. Jahre bethätigt; nach dieser Zeit fällt die Tonsille in der Norm der Atrophie anheim. Nach jenem Lebensalter hält Verf. die Mandeln für pathologisch und schädlich, insofern sie den Träger für ungeeignet im Kampf gegen Infectionen machen.

EMIL MAYER.

56) **Halász** (Miskolcz). **Die Behandlung der acuten Entzündungen der Rachenwände und der Gaumenmandeln.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1. 1910.*

Bei solchen Entzündungen verwendet H. anfangs eine stärkere Jodglycerinlösung (Jodi puri, Kal. jodat. aa 1,0, Glycerin 25,0), später eine schwächere Lösung (Jodi puri, Kal. jodat. aa 0,75, Glycerin 25,0), und zwar zu Pinselungen der seitlichen und hinteren Wand des Rachens, bei acuter Mandelentzündung auch der Tonsillen.

SEIFERT.

57) **Iwanow. Atypische Hypertrophie der Mandeln. (Atipitscheskija gipertrofii mundalin.)** *Westnik usch., gor. i nos. bol. p. 27. 1909.*

Beschreibung eines Falles, in welchem die eine Mandel eine papillomatöse Geschwulst vorstellte. Die Geschwulst enthielt reines hypertrophirtes Mandelgewebe.

P. HELLAT.

58) **Paul Schichold** (Leipzig). **Die tonsillare Behandlung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1910.*

Der ausführliche Vortrag bringt für den Specialarzt nichts Neues. Sch. weist auf den Zusammenhang zwischen rheumatischen Erkrankungen und chronischen Mandelentzündungen hin, der durch die Erfolge der localen Behandlung auch klinisch erwiesen ist. Neben den Mandelaffectionen muss man auch für eine entsprechende Mundpflege und Zahnbehandlung sorgen und auf etwaige Nasennebenhöhlenerkrankungen achten. Die einfache Tonsillotomie oder Schlitzung genügt nicht, die zweckmässigste Behandlung ist die Tonsillectomie, zu der Autor das Gürich'sche Verfahren als das geeignetste empfiehlt. Hierdurch wird nicht nur eine Heilung der rheumatischen Affection erzielt, sondern auch das Auftreten von Recidiven verhütet. Neben den Gelenkerkrankungen werden auch Complicationen günstig beeinflusst: Frische Entzündungen der Herzinnenhaut und des Herzmuskels können geheilt werden, wesentliche Gewebsveränderungen werden dagegen nicht beeinflusst. Unter Hinweis auf die Curschmann'sche Theorie erwähnt Autor, dass „ausser auf die rheumatischen Erkrankungen die Tonsillartherapie einen günstigen Einfluss auch auf andere Krankheiten auszuüben scheine, die mit einer Entzündung der Mandeln einhergehen, insbesondere auf Nierenentzündungen“.

HECHT.

59) **H. Curschmann** (Leipzig). **Beziehungen entzündlicher Mandelaffectionen zu Infectionskrankheiten. Discussionsbemerkungen zu dem Vortrag des Herrn Schichold.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1910.*

Für besonders wichtig hält C. die Beziehungen eitriger Erkrankungen der Tonsillen zur Entstehung septischer Processe. Er glaubt, „dass man die immer noch so häufige Verlegenheitsdiagnose ‚kryptogenetische Septikämie‘ wesentlich herabsetzen könnte, wenn man in jedem Fall den Mandeln besondere Aufmerksamkeit widmete“. Sowohl klinisch, wie bei Sectionen fand Autor diese seine Anschauung vielfach bestätigt; er sah von den Tonsillen aus Strepto-, Staphylo- und namentlich auch Pneumokokkensepsis entstehen. Des Ferneren „findet sich sehr häufig als Ursache gewisser Formen der Nephritis eine entzündliche oder eitrige Tonsillenaffection“. „Jede „einfache“ entzündliche Tonsillitis, selbst wenn es nicht einmal zur Abscessbildung kommt, kann der Ausgangspunkt einer acuten oder subacuten, meist hämorrhagischen Nephritis werden, die leider oft genug chronisch wird und nicht mehr zur Ausheilung kommt.“ Autor bespricht nun den zeitlichen Verlauf der Tonsillitis und Nephritis, weist auf die ätiologisch beachtenswerthe Bedeutung der chronischen fossulären Tonsillitis hin und auf die therapeutisch günstige Beeinflussung der secundären Affection durch eine entsprechende Behandlung der Tonsillen, wobei er die Tonsillectomie als am zweckentsprechendsten bezeichnet. Auch die Bedeutung der fossulären chronischen Tonsillitis für die gewöhnliche Polyarthritis rheumatica verdient eingehendste Beachtung, doch ist es weiterer Beobachtung vorbehalten, zu entscheiden, ob wirklich alle derartigen Fälle tonsillären Ursprungs sind. In positiven Fällen ist wohl die Gelenkaffection meistens auf Toxinwirkung zurückzuführen.

HECHT.

60) **Schönemann** (Bern). **Die rationelle Therapie und Prophylaxe der Angina (Tonsillitis acuta).** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 9. 1910.*

Verf. stellt in dieser Abhandlung seine schon früher, 1906 und 1907 (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, S. 440) von ihm angeführte Theorie auf, dass die Gaumentonsillen weder Lymphocytensecretions- noch Schutzorgane mittelst Lymphstromaussscheidung, sondern nichts anderes seien als vorgeschobene submucöse, von der Nasenhöhle aus als ihrer Infectionsquelle inficirbare Lymphknoten. Er bedauert, dass es ihm nicht gelungen sei, diese Theorie, namentlich die Quellleitung für die Tonsillitiden von der Nase aus, bakteriologisch zu erhärten. Jedoch stützt er sich hauptsächlich einerseits auf seine practischen Beobachtungen, die von anderen Autoren bestätigt würden, andererseits auf die Thierversuche Lénart's über den Zusammenhang zwischen den Lymphgefässen der Nasenhöhle mit den Tonsillen (Archiv f. Laryngologie, Bd. 21, 1909), welche allerdings seine Theorie kräftig zu unterstützen scheinen.

Demnach wäre die acute Tonsillitis eine Secundärlocalisation einer allgemeinen Infectionskrankheit, und Verf. glaubt, dass sie auch die erste floride Localisation des Gelenkrheumatismuserregers seien.

Die Therapie Sch.'s für die acute Angina besteht folgerichtig nicht in localer, sondern in Allgemeinbehandlung mit Salicylpräparaten, die bei frischen Fällen von schlagendem Erfolge begleitet sei und auch in weniger frischen Fällen sehr gute Dienste leiste.

Als Prophylaxe gegen die Disposition zu häufigen Mandelentzündungen empfiehlt er Einträufelung von Protargol- oder Collargollösungen in die Nase, event. Abtragung, nicht Cauterisation hochgradig hypertropischer Nasenmuscheln.

JONQUIÈRE.

61) **Script. Zur Frage der Indicationen zur Tonsillotomie und von Blutungen nach derselben. (K woprusu o pokasanijach k tonsillotomi i krowotetscheni posle neja.)** *Jeshemesjatschnik. No. 8. 1909.*

Bereits bei Gelegenheit des I. allrussischen Congresses in diesem Blatte referirt.

P. HELLAT.

62) **N. Rh. Blegvad. Tonsillectomie.** *Ugeskrift for Laeger. No. 12. 1910.*

Verf. berichtet über Technik und Indication der Operation und hat selbst einige Instrumente angegeben und andere modificirt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

63) **Hugh N. Lokey. Tonsillectomie versus Tonsillotomie. (Tonsillectomy versus Tonsillotomy.)** *Atlanta Journal Record of Medicine. Juli 1909.*

Verf. bekennt sich als Anhänger der Tonsillectomie.

EMIL MAYER.

64) **V. Saxtorph Stein. Operationen der Gaumentonsillen. (Operationer paa Ganetonsillerne.)** *Dansk Klinik. No. 5. 1909.*

Uebersicht über die verschiedenen operativen Eingriffe der Gaumentonsillen mit besonderem Hinblick auf die Tonsillectomie.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

65) **Mark D. Stwenson. Eine Methode zur Entfernung der Gaumentonsillen mit neuen Instrumenten. (One method of removing the faucial tonsil with new instruments.)** *The Ohio State Medical Journal. 15. September 1909.*

Verf. giebt eine Beschreibung der gewöhnlichen Tonsillectomie. Er benutzt einen Zungenspatel mit kurzem schwerem Handgriff, drei Arten von gekrümmten Scheeren, eine Tonsillenzange mit zwei Zähnen und Handgriffen, über welche eine Schlinge geführt werden kann, ferner eine gekrümmte und eine grade hämostatische Zange mit vielen feinen Zähnen. EMIL MAYER.

66) **Broeckaert. Vortheile, Nachtheile und Gefahren der Abtragung der Gaumenmandeln. (Avantages, inconvénients et dangers de l'ablation des amygdales palatines.)** *La Presse oto-laryngologique Belge. No. 3. 1910.*

Bericht über das Referat auf der Jahresversammlung der belgischen Oto-Laryngologen im Juni 1910.

Der Autor betrachtet im 1. Capitel die Vortheile der Entfernung der Mandeln auf Grund von Infectionen, welchen sie als Eingangspforte zu dienen scheinen, und von mehr oder weniger entfernten Störungen, die ihre Erklärung in den Läsionen der Gaumenmandeln finden.

Im zweiten Capitel bespricht er die Nachtheile, welche sich durch die Unterdrückung eines Organs ergeben, welches von gewisser Seite aus als ausgezeichneter Schutzapparat angesehen wird, aber dessen innere Function noch nicht hinreichend klargestellt ist.

Schliesslich erwägt er, bis zu welchem Punkte die Amygdalotomie gefährlich ist und welche Vorsichtsmaassregeln man treffen muss, um so viel als möglich die Complicationen zu vermeiden.

Der Kern dieser Studie ist natürlich die Antwort auf die Frage: Wann sollen wir die Entfernung der Mandeln anrathen? PARMENTIER.

67) **G. Hudson Makuen. Einige Indicationen für die Entfernung der Gaumentonsille und Rathschläge für ihre Technik. (Some indications for the removal of the faucial tonsil and suggestions as to its technique.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Juni 1909.*

Verf. behandelt auch in dieser Arbeit den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Gaumenmandeln und solchen der Zähne, auf den er bereits an anderer Stelle aufmerksam machte (cfr. Centralbl. 1910. No. 5. S. 226). Er schildert die Schädigungen, die dem Gesammtorganismus von erkrankten Tonsillen erwachsen können und plaidirt für deren radicale Entfernung. LEFFERTS.

68) **Nowal St. Pierce. Entfernung der Tonsillen. (Removal of tonsils.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Methoden. Die Tonsillotomie soll nur im Krankenhause gemacht, der Patient zu dem Zweck schon am Tage vorher aufgenommen und der Urin mikroskopisch und chemisch untersucht werden. Menstruirende Frauen sollen nicht operirt, auf Hämophilie und pulsirende Gefässe an den Tonsillen geachtet werden. Es wird empfohlen, eine Woche lang vor der Operation Calciumchlorid zu geben. Bei allen kleinen Kindern und

nervösen Erwachsenen soll Narkose angewandt und ausserdem, sobald die Reflexe erloschen sind, die Tonsillen noch mit 10 proc. Cocain-Adrenalinlösung bepinselt werden. Verf. beschreibt nun genau die Operation, die darin besteht, dass die Tonsille, nachdem sie mittels eines besonderen Messers aus ihrem Bett ausgelöst ist, mit einer Schlinge entfernt wird. Der Patient bleibt dann 24—48 Stunden im Bett.

EMIL MAYER.

69) **Frank C. Todd. Radicale Entfernung der Tonsille in ihrer Kapsel. (Complete removal of the tonsil in its capsule.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. operirt in Narkose am hängenden Kopf. Er giebt eine genaue durch Abbildungen illustrirte Beschreibung seiner Technik und der angewandten Instrumente.

EMIL MAYER.

70) **Lee Cohen. Postoperative Tonsillarblutung. (Postoperative tonsillar bleeding.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Nach den Erfahrungen des Verf.'s sind die Blutungen stärker bei Tonsillectomie als bei Tonsillotomie, trotzdem zieht er die Tonsillectomie vor, nachdem er es gelernt hat, die Blutung besser zu beherrschen. Verf. unterbindet, wie bei jedem chirurgischen Eingriff, jedes blutende Gefäss. Er giebt eine Beschreibung der von ihm bei der Tonsillectomie angewandten Technik. Zur Vorbereitung für die Operation giebt er Calciumlactat.

EMIL MAYER.

71) **M. A. Goldstein. Retropharyngealabscess. Bericht über einige ungewöhnliche Fälle. (Retropharyngeal abscess. Report of some unusual cases.)** *Laryngoscope. Januar 1908.*

Bericht über drei Fälle. In einem war auf Grund einer Probeexcision und mikroskopischen Untersuchung die Geschwulst für ein Lymphosarkom gehalten worden, bis Verf. den Eiter entdeckte. Bei einem 9 Monate alten Kinde musste wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht werden.

EMIL MAYER.

72) **Wiesinger** (Hamburg). **Idiopathischer Retropharyngealabscess.** *Centralbl. f. Chirurgie. 16. 1910.*

Der von Wiesinger vorgestellte Fall (16jährige Patientin) war dadurch ausgezeichnet, dass er bei seiner Entstehung und seinem Verlauf von spondylitischen Symptomen begleitet war. Nach reichlicher Entleerung rasche Heilung, auch der spondylitischen Erscheinungen.

SEIFERT.

73) **John A. Thompson. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *The Lancet Clinic. 29. Mai 1909.*

Der Abscess hatte den Kehlkopf nach vorn, die Carotiden nach vorn und aussen gedrängt. Incision. Heilung.

EMIL MAYER.

74) **David. Kalter Abscess der Drüsen des Retropharynx. (Abcès froid rétropharyngée d'origine ganglionnaire.)** *Annales des maladies de l'oreille. T. XXXV. No. 10. 1909.*

Man beschreibt gewöhnlich nur zweierlei Arten des Retropharyngealabscesses.

Es existirt aber neben dem klassischen Senkungsabscess und der bekannten Vereiterung des retropharyngealen Zellgewebes noch eine dritte Form, die gar nicht so selten ist, als man nach den klinischen Publicationen meinen sollte. Diese Abscesse entstammen den sogenannten Gilleti'schen Drüsen, die eine fast ebenso grosse Tendenz zur tuberculösen Vereiterung zeigen, wie die Submaxillardrüsen. Die Symptomatologie dieser retropharyngealen Abscesse ist nicht so ausgesprochen und zieht nur wenig die Aufmerksamkeit des Practikers auf sich. Bei methodischem Forschen nach denselben, namentlich bei Vorhandensein anderer verkäster Drüsen des Halses, wird man diesem Retropharyngealabscess auch öfter begegnen. David hat innerhalb weniger Monate Gelegenheit gehabt, drei solcher Abscesse, und zwar bei einem Säugling von 9 Monaten, einem Burschen von 15 Jahren und einem Tuberculösen von 34 Jahren zu beobachten. Die Dysphagie, die Sprachstörung und das Fehlen von Schmerzen sind charakteristisch. LAUTMANN.

75) **Morestin** (Paris). **Stichwunde des Pharynx. (Plaie du coup du pharynx.)** *Société de Chirurgie. 19. Mai 1909.*

Es handelte sich um eine kleine durch einen Dolchstich verursachte Wunde im tieferen Theil des Pharynx; es entstand ein Hautemphysem. Naht. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

76) **Sargnon, Arnaud, Vignard. Fremdkörper des Pharynx. Extraction mit Anwendung der Rose'schen Lage. (Corps étranger du pharynx. Extraction avec utilisation de la position de Rose.)** *Lyon Médical. 21. März 1909.*

Hühnerknochen, der im Hypopharynx sass und eine peripharyngeale Phegmone verursacht hatte. Eröffnung des Abscesses; Entfernung des Fremdkörpers; Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

77) **Struckmann. Ueber eine kleine Diphtherieepidemie mittels präventiver Einspritzungen von Antidiphtherieserum beschränkt. (En lille Difteriepidemi begrenset ved preventive indspröztinger af Antidifteriserum.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 47. 1909.*

Bei 67 Personen wurden Einspritzungen versucht. Nur eine bekam später Diphtherie. Verf. betrachtet Isolirung der ergriffenen Individuen und präventive Serumeinspritzungen als nothwendiges Glied einer Bekämpfung der Diphtherieepidemie.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

78) **Holger Mygind. Ueber Unschädlichmachung der Diphtherieinfectionsträger. (Om Uskadeliggörelse of Difteriinfektionsboerere.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 48. 1909.*

Vier Monate nach der Infection konnte man Diphtheriebacillen im Schlunde nachweisen. Patient hatte vergrösserte Gaumenmandeln und adenoide Wucherungen. Tonsillotomie und Adenotomie wurden vorgenommen und die Bacillen verschwanden nach Verlauf von 8 Tagen. Der Wundverlauf war ganz normal.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

79) **G. H. Black, D. L. Arms, E. M. Wade, W. S. Blanchard. Diphtheriebacillenträger in öffentlichen Schulen. (Diphtheria bacillus carriers in public schools.)** *Journal American Medical Association. 19. März 1910.*

Verff. haben eine Diphtherieepidemie in einem Bezirk von Brighton beobachtet und kommen zu dem Schluss, dass mindestens 1 pCt. aller gesunden Schulkinder Träger von Diphtheriebacillen sind, die in morphologischer Hinsicht durchaus typisch sind. Solche Bacillen sind von einer Person auf die andere übertragbar, sie haben aber gewöhnlich keine oder geringe Virulenz. Es kann zwar vorkommen, dass ihre Virulenz bei einem empfänglichen Individuum sich steigert, so dass es zu einer Erkrankung kommt; jedoch ist dies selten. Die diphtherische Erkrankung wird eher durch virulente Organismen bei immunen Personen, als durch jene nichtvirulente Bacillen acquirirt. Isolation von Trägern nichtvirulenter Bacillen ist eine nutzlose, kostspielige und mühselige Maassregel. Der Versuch, der Diphtherie dadurch vorzubeugen, dass man zu Beginn des Schuljahres Culturen von allen Schulkindern anlegt, scheint nach den Erfahrungen der Verff. nicht ermuthigend.

EMIL MAYER.

80) **J. D. Rolleston. Lähmung nach Recidiven und zweiten Anfällen von Diphtherie. (Paralysis following relapses and second attacks of Diphtheria.)** *Journal of nervous and mental diseases. No. 3. März 1910.*

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 1600 Diphtheriefälle aus dem Grove Hospital. Unter „Recidiv“ wird verstanden das Wiederauftreten der Krankheit nach der Wiederherstellung von der ersten Attacke, während Patient noch nicht aus dem Krankenhause wieder entlassen ist; den Ausdruck „zweiter Anfall“ wendet Verf. auf die Fälle an, bei denen beide Erkrankungen nicht während desselben Krankenhausaufenthaltes sich ereignen. Von den 1600 Fällen hatten 27 (1,6 pCt.) Recidive, von diesen hatten zwei Gaumen- und Augenlähmungen nach der primären Erkrankung, sie zeigten jedoch keinerlei Lähmungserscheinungen nach dem Recidiv; 36 (2,2 pCt.) erkrankten zum zweiten Male. Von diesen hatte einer eine Lähmung nur nach der ersten Erkrankung und drei nach der zweiten Erkrankung. Nur bei einer Patientin — einer 26jährigen Frau — traten sowohl nach der ersten wie nach der 6 Jahre später auftretenden zweiten Erkrankung Lähmungen auf.

An der Hand einer Tabelle weist Verf. nach, dass sowohl die Häufigkeit der Paralysen wie die Mortalität erheblich durch frühzeitige Anwendung von Antitoxin herabgemindert werden kann.

FINDER.

81) **Reynier** (Leysin). **Croup.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 1. p. 80—81. 1910.*

Zwei Fälle von reiner Kehlkopfdiphtherie mit sehr raschem tödtlichen Verlauf.

JONQUIÈRE.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

82) **Brandenburg** (Schöneberg). **Ueber die Entstehung der Kehlkopftuberculose.** *Med. Klinik. 17. 1910.*

In der Heimstätte Schöneberg werden zum Unterschiede von Heilstätten Tuberculöse aller Stadien aufgenommen, auch Kehlkopftuberculöse nicht ausgeschlossen. Von 393 tuberlösen Fällen waren 36 mit Larynxtuberculose complicirt, also etwa 9 pCt. Br. hält die Annahme für richtig, dass gerade die vorgeschrittenen Lungentuberculösen am häufigsten an Larynxtuberculose erkranken und erachtet dieses Bindeglied in der Kette der Beweisführung für die Contactinfection als vorhanden.

SEIFERT.

83) **Lubliner. Einfluss der Gravidität auf den Verlauf der Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Wplyw ciazy na przebieg gruclicy pluc i krtani.)** *Pamietnik Tow. Lek. Bd. CV. H. IV.*

Nachdem der Verf. die Ansichten verschiedener Kliniker bis zum heutigen Tage über diese so wichtige Frage zusammengefasst hat, giebt er 19 eigene klinische Beobachtungen an, von diesen Kranken sind 12 während ihres Aufenthaltes im Hospital verstorben, 6 haben in hoffnungslosem Zustande das Hospital verlassen, nur bei einer Kranken konnte Verf. eine Besserung constatiren. In der dem Verf. zugänglichen Literatur waren 81 sichere Fälle von Kehlkopf- und Lungentuberculose während der Schwangerschaft angegeben, von denen 60 einen letalen Ausgang genommen haben, bei 18 Fällen sind weitere Schicksale der Kranken unbekannt geblieben und nur bei 9 Fällen konnte man eine Besserung constatiren. So traurige Resultate der Untersuchung und klinischer Beobachtungen veranlassen die meisten Kliniker zur Vornahme des künstlichen Abortus als des sichersten Mittels zur Rettung des Lebens der Frau. Weiter stellt Verfasser die Ansichten vieler Therapeutiker und Geburtshelfer für und gegen diesen operativen Eingriff zusammen und bespricht die Möglichkeit, wie man eine Besserung in dieser so schweren Frauenkrankheit erreichen könnte. Ferner bespricht er die klinischen Erscheinungen der Kehlkopftuberculose und ihre schnelle Erwickelung bei der Gravidität, die Frage der Tracheotomie beim Verlaufe des tuberculösen Processes im Kehlkopfe. Auf Grund eigener Erfahrungen kommt Verf. zum Schlusse, dass je eher die Kehlkopftuberculose bei der Gravidität eintritt, um so schlechter die Prognose ist. Weiterhin überlegt Verf., ob jene Aerzte, die bei einer schwangeren mit Kehlkopf- und Lungentuberculose behafteten Frau einen künstlichen Abortus auszuführen rathen, Recht haben, oder die anderen, die der Ansicht sind, dass man in Ruhe die Niederkunft abwarten soll. Verf. ist der Ansicht, dass man vor allem auf die Rettung des Lebens der kranken Frau bedacht sein soll, unter Aufopferung des Kindes, denn da, wo es sich um die Rettung eines Lebens handelt — des Kindes oder der Mutter —, muss man unbedingt der Mutter den Vorrang lassen. Auf Grund eigener Erfahrungen gelangt Lubliner zu der Ansicht, dass man den Abortus artificialis bei Frauen vornehmen soll, die mit Kehlkopf- und Lungentuberculose behaftet sind, und zwar nach Feststellung der ersten Erscheinungen der Kehlkopftuberculose, denn jeder einzelne Tag ist für

das Leben der Mutter wichtig. In aller Kürze giebt Verf. weiter die Ansichten von Geburtshelfern und Internisten über den künstlichen Abortus im Verlaufe von Herz-, Nieren- und Uteruskrebs, sowie nervösen und psychischen Krankheiten an und citirt die Ansichten der Gesetzgeber der verschiedenen Staaten. Am Schlusse bespricht Verf. die Frage, auf welche Weise man die Gravidität bei mit Kehlkopftuberculose behafteten Frauen unterbrechen soll und zieht aus seiner Arbeit folgende Schlüsse:

1. Zur Pflicht des Arztes gehört es, jede mit Tuberculose behaftete Frau vor der Schwangerschaft zu warnen.

2. Wenn eine an Lungentuberculose leidende Frau schwanger wird, so soll man ihr freien Willen lassen, ob sie einen künstlichen Abortus wünscht oder nicht. Wenn man dagegen die ersten Erscheinungen der Kehlkopftuberculose feststellen kann, so soll man die Schwangerschaft unbedingt unterbrechen.

3. Bei jedem Falle von Kehlkopf- und Lungentuberculose sollen bei eingetretener Schwangerschaft die Aerzte (Internisten, Laryngologen, Geburtshelfer) zusammenkommen und die Frage entscheiden.

4. Bei schweren und trostlosen Fällen soll der Arzt keine Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft mehr anwenden, weil das zu keinem Ziele führt und das so wie so schon baldige Ende der Kranken nur beschleunigt.

5. Die Unterbrechung der Schwangerschaft darf in ihren letzten Stadien nur als eine indicatio vitalis stattfinden, obwohl man auch ohne dieselbe sicher wäre, dass die Kranke sterben wird.

6. Die definitive Entscheidung dieser Frage muss man der Kranken selbst und dem Hausarzt überlassen.

An der Discussion, die nach diesem interessanten Vortrage stattfand, nahmen einige Geburtshelfer, Internisten, Laryngologen, wie A. v. Sokolowski (siehe Autoreferat unten) und Srebrny Theil. Letzterer behauptet, dass die traurigen Schlüsse Lubliner's uns keine genaue Uebersicht über die diesbezügliche Frage geben, da sein Material sich lediglich auf Hospitalskranke, und zwar ausschliesslich auf ganz trostlose Fälle bezog.

A. v. SOKOLOWSKI.

84) **A. v. Sokolowski. Lungen- und Kehlkopftuberculose und Gravidität. (Wplyw ciazy na przebieg gruzlicy pluc i krtani.)** *Pamietnik Tow. Lekarskiego. Bd. CV. Heft IV.*

Der Verf. bespricht in einem in der Warschauer medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage diese Frage und kommt zu dem Schlusse, dass, obwohl im Grossen und Ganzen die Fälle der Kehlkopftuberculose mit Gravidität complicirt einen fatalen Ausgang nehmen, doch auch Fälle mit günstigem Verlauf vorkommen, was Verf. an zwei in den letzten Jahren beobachteten Fällen illustrirt. Am Schlusse bespricht er die Indicationen zur Vornahme des künstlichen Abortes bei verschiedenen Formen und Stadien der Lungentuberculose und warnt vor leichtfertiger Vornahme dieses operativen Eingriffes, besonders bei beginnender Gravidität, wie auch bei der simulirten Lungentuberculose.

Diese Arbeit wurde ausführlich in deutscher Sprache in der Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihrer Grenzgebiete 1910, No. 6, veröffentlicht.

AUTOREFERAT.

85) **A. v. Sokolowski. Ein Fall von Lupus laryngis bei einem 19jährigen Manne. (Wilk krtani u 19-letniego wiesniaka.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Der Kranke hatte seit 4 Jahren auf der linken Wange ein Geschwür, das in letzterer Zeit zu heilen begann. Er ist seit längerer Zeit heiser und hat keine Schlingbeschwerden. Laryngoskopisch wurde bedeutende Verdickung und Zusammenschrumpfungen der Epiglottis entdeckt. Die anderen Kehlkopftheile waren normal; im Auswurfe wurden keine Koch'schen Bacillen nachgewiesen, doch die Moro'sche Reaction fiel positiv aus. Verf. betont die Wichtigkeit der Kehlkopfuntersuchung bei Lupuskranken, wenn sie auch keine verdächtigen Erscheinungen im Kehlkopf aufweisen.

AUTOREFERAT.

86) **Boenninghaus** (Breslau). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern?** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 471. 1909.*

Bei einer 60jährigen Patientin mit Struma maligna musste der rechte Recurrens freipräparirt werden. Sobald man den Nerven mit einem Tupfer oder der Pincette drückte, schrie die sonst ruhige und verständige Patientin vor Schmerz auf. Diese Beobachtung spricht nach B. für die Auffassung, dass der menschliche Recurrens sensible Fasern führt.

Für die Sensibilität des Recurrens spricht nach B. auch der Umstand, dass die Luftröhre des Menschen, die im Halstheil vom Recurrens versorgt wird, in hohem Grade sensibel ist (beim Luftröhrenschnitt heftiger Hustenanfall bei Einführen der Canüle in die Trachea).

B. prüfte bis heute 4 Fälle einseitiger peripherer Recurrenslähmung auf die Sensibilität des Larynx. Er fand im Gegensatz zu Massei keine Herabsetzung der Sensibilität. Aus diesem negativen Resultat will aber B. nur den Schluss ziehen, dass der Recurrens des Menschen dem Kehlkopf sensible Fasern nicht zuführt, nicht aber, dass der Recurrens überhaupt solche nicht besitzt.

Nach B. sprechen auch die klinischen Beobachtungen nicht ernstlich gegen die Auffassung von der gemischten Natur des Recurrens.

OPPIKOFER.

87) **Przygoda. Ein Fall von doppelseitiger Posticuslähmung nach überstandenem Abdominaltyphus. (Przypadek obustronnego porazenia nervu zwrotnego w przebiegu tyfusu brzusznego.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Der Kranke wurde tracheotomirt, später dilatirt, wonach eine bedeutende Besserung eintrat.

A. v. SOKOLOWSKI.

88) **Tommaso Mancioli. Der Kehlkopf bei Läsionen des Recurrens. (La laringe nelle lesioni del ricorrente.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Diese ungemein fleissige und ausführliche Arbeit, die 135 Seiten umfasst, behandelt die Anatomie und Physiologie des Recurrens, das Verhalten der Glottis bei experimentellen Verletzungen des Recurrens — wobei eine Anzahl eigener Untersuchungen des Verf.'s mitgetheilt werden —, ferner die Aetiologie und Pathogenese der pathologischen Läsionen des Recurrens, sodann deren Symptomatologie und Diagnose, schliesslich die pathologische Anatomie. Das letztere Capitel ist

durch eine Anzahl eigener experimenteller Untersuchungen des Verf.'s bereichert. Den Anhang bildet eine Casuistik von 20 Fällen.

FINDER.

89) **Guido Egidi. Fälle von einseitiger familiärer Lähmung nucleären Ursprungs des Kehlkopfs, des weichen Gaumens und der Zunge. (Casi di paralisi unilaterali familiari della laringe, del palato molle e della lingua d'origine nucleare.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma. 1908.*

Verf. berichtet über drei Fälle. die alle Mitglieder derselben Familie betrafen. Es handelte sich um eine 49jährige Frau mit Avellis'schem Symptomencomplex, deren 20jährige Tochter, ebenfalls mit Lähmung des Kehlkopfes, der Zunge und des Gaumensegels, und eine 16jährige Tochter mit halbseitiger Lähmung des Gaumensegels.

Alle drei Patientinnen scheinen die Affection im jugendlichen Alter acquirirt zu haben. Der Verlauf ist ein sehr langsamer; die Patientinnen sind sich ihres Leidens lange Zeit nicht bewusst geworden.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine langsam progressive Atrophie der grauen Substanz des Bulbus handelt, die das Eigenthümliche hat, auf die motorischen Kerne des Vagus und auf den Hypoglossuskern der einen Seite beschränkt zu bleiben.

FINDER.

90) **Giulio Martuscelli. Recurrenslähmung und Anästhesie des Vestibulum laryngis. (Paralisi del ricorrente ed anestesia del vestibolo laringeo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1910.*

Verf. legt sich folgende Fragen zur Beantwortung vor: 1. Findet man bei einer Compression des Recurrens stets eine Anästhesie des Larynxeingangs? 2. Wird diese Anästhesie durch eine Veränderung des Recurrens selbst bedingt oder durch eine solche des Laryngeus superior? 3. Wie kommt die Anästhesie zu Stande? Durch eine Neuritis descendens oder ascendens? 4. Bis zu welchem Punkte des Stammes geht die Läsion des Recurrens?

Als Versuchsthiere wählte Verf. Hunde. Die Versuchsanordnung war folgende: Es wurde auf die Recurrentes so weit unten wie möglich ein Druck dadurch ausgeübt, dass gut sterilisirte Laminariastückchen direct gegen den Nervenstamm gelegt und in ihrer Lage durch zwei Seidenknoten festgehalten wurden. Die Untersuchungen auf die Sensibilität des Larynx wurden nur bei den ersten Versuchen am chloroformirten, dann aber immer am wachen Thiere gemacht. Die Thiere wurden nach zwei Monaten bis zu einem Jahre getödtet.

Es ergab sich:

1. Die Compression führt ausser zur Lähmung des Stimmbandes der entsprechenden Seite zu Veränderungen nicht nur im Stamm des betreffenden Nerven, sondern solchen, die sich bis zum Ganglion plexiforme erstrecken. In diesem Ganglion finden sich immer Veränderungen sowohl der Fasern, wie der Zellen, die entsprechend denen am Recurrens mehr oder weniger beträchtlich sind.

2. Man fand stets eine Degeneration der Fasern des Laryngeus superior, beginnend in der Nähe des Ganglion bis zu ihren Endigungen am Kehlkopf.

3. Bei den Versuchsthieren fand sich als Begleiterscheinung der Lähmung eine Anästhesie des Larynxeingangs.

4. Resecirt man den Recurrens, so beobachtet man — wenigstens in der ersten Zeit — keine Anästhesie des Larynxeingangs; es bestätigt dies die Thatsache, dass diese allmählich auftritt, wenn infolge Wirkung der Compression die oben beschriebenen Veränderungen im Stamm des Recurrens, im Ganglion nodosum und im Laryngeus superior sich entwickeln.

Verf. erklärt die Anästhesie durch eine descendirende Neuritis als Folge einer ascendirenden Neuritis, die vom Ganglion sich auf den Kehlkopf ausgebreitet hat.

FINDER.

91) **W. F. Chennery. Fall von Lähmung des linken Stimmbandes infolge eines peritrachealen Tumors. (A case of paralysis of the left vocal cord caused by peritracheal tumor.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Es handelte sich um ein peritracheales Epitheliom EMIL MAYER.

92) **Richard H. Johnston** (Baltimore). **Die directe Untersuchung des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. 1909.*

Verf. bedient sich des von ihm modificirten Jackson'schen Speculums und empfiehlt die directe Laryngoskopie als eine wundervolle Hülfe in allen krankhaften Processen des kindlichen Kehlkopfes.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **T. Toyofuku** (Japan). **Zur Kenntniss der Fremdkörper in den grossen Luftwegen.** *Mit 2 Textfiguren. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 10. 1909.*

Fall I. Krankengeschichte und Obductionsbefund eines 4jährigen Kindes, das einer „gangränescirenden Pneumonie des Mittel- und Unterlappens der rechten Lunge nach Verschluss der beiden Hauptbronchien durch eine Kaffeebohne" erlag. Der Fremdkörper war intra vitam nicht diagnosticirt worden.

Fall II. Die Section eines älteren, eine Trachealcanüle tragenden Mannes ergab eine vollkommene Obturation des Lumens beider Hauptbronchien und der untersten Trachea durch einen in vielfache Windungen gelegten Gazetupfer. Autor vermuthet, „dass der Tupfer, der wahrscheinlich zwischen den Rand der Tracheotomieöffnung und Canüle zunächst etwas hineinhing, anscheinend während der Nacht durch Aspiration immer tiefer hineingerieth und schliesslich durch eine kräftige Inspiration mit grosser Gewalt in die beiden Hauptbronchien gezogen wurde". Die vollständige Obturation der Luftwege hatte dann eine rasche Erstickung zur Folge. HECHT.

94) **Albrecht** (Halle). **Die directe Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie.** *Med. Klinik. 50. 1909.*

Ueberblick über die Leistungen der directen Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie. Die Anästhesirung führt Albrecht, soweit sie sich auf den Kehlkopf bezieht, durch Leitungsanästhesie der versorgenden Nerven aus. SEIFERT.

95) **Sebileau** und **Lemaitre** (Paris). **Gegenwärtiger Stand der Broncho-Oesophagoskopie. (État actuel de la broncho-oesophagoscopie.)** *Presse Médicale. 15. Januar 1910.*

Allgemeine Uebersicht. Verff. wenden das Instrumentarium von Brünings an.

GONTIER de la ROCHE.

96) **Adalbert Heindl** (Wien). **Beiträge zur directen Tracheo-Bronchoskopie und zur Stenosenlehre der Trachea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 9. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des Obductionsbefundes eines Falles von theils verknöcherter, theils cystisch degenerirter Struma, an deren unteren Pol sich ein hühnereigrosser, cystischer Adenomknoten anschloss, der die vordere Wand der Trachea eindrückte, während die hintere Wand der Trachea von links rückwärts her in ihrem oberen Antheile gleichfalls vorgebuchtet war. Die indirecte Tracheoskopie hatte nur in der Gegend des dritten Trachealringes eine Stenosirung der Trachea von links rückwärts her, durch einen kleinnussgrossen, mit normaler glatter, gut vascularisirter Schleimhaut bedeckten Tumor ergeben. Die Tracheoskopie liess den Tumor gut einstellen; durch einen unglücklichen Zufall wurde die Lichtzufuhr unterbrochen. Es trat eine plötzliche Stenose mit Asphyxie ein, die durch starkes Vorziehen des Larynx und Trachea vom Munde aus bis zur Vollendung der Tracheotomie behoben werden konnte. In der Folge traten mehrfach Nachts, trotz Wegsamkeit der Luftwege, dyspnoische Anfälle ein. Vier Monate nach der Tracheotomie erliegt Patient in der Nacht einem dyspnoischen Anfalle unter den Zeichen eines Lungenödems. Die Ursache dürfte wohl auf die bestehende Myodegeneratio cordis zurückzuführen sein. In seinen Schlussfolgerungen weist Autor auf die Nothwendigkeit hin, bei derartigen Untersuchungen vorher alles zur Tracheotomie vorzubereiten, besonders bei Trachealstenosen; er erinnert an die Möglichkeit einer Erweichung der Trachealwand, sowie an die möglichen Volumsveränderungen bei cystischen oder blutreichen Geschwülsten durch Druck und Zug etc. Bei Zunahme der Stenose während der Untersuchung muss das Rohr tiefer geführt werden und bis zur Beendigung der Tracheotomie liegen bleiben.

HECHT.

97) **A. Greidenberg. Zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopfe. (K kasuistike inorodnich tel w gortani.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. 1909.*

Mittheilung über zwei Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf (Nadel und Theile des Gebisses).

P. HELLAT.

98) **Guisez. Die Indicationen der Broncho-Oesophagoskopie. (Les indications de la broncho-oesophagoscopie.)** *Presse Médicale. No. 21. 1910.*

Man würde sich täuschen, wenn man in diesem für den allgemeinen Practiker geschriebenen Artikel eine wissenschaftliche Behandlung des Indicationsgebietes der neuen endoskopischen Methode erwartet. Guisez zieht es vor, der Reihe nach die Erfolge anzuführen, die er in der Praxis Dank dieser neuen Methode erzielt hat. Neue Indicationen stellt er nicht auf. Hingegen erwähnt er zwei Instrumente, die er hat anfertigen lassen, und zwar einen Knochen-

zertrümmerer und einen Nadelfänger, die ihm gute Dienste geleistet haben. Interessant ist auch, dass Guisez in 5 Fällen, wo sich um einen Fremdkörper im Oesosophagus Eiter gebildet hat, er nach Extraction des Fremdkörpers den Abscess gespalten und so Heilung erzielt hat. Guisez verspricht eine baldige Veröffentlichung über die Behandlung der Bronchiectasie. LAUTMANN.

99) **O. Chiari** (Wien). **Ueber zwei Fälle von Fremdkörpern, welche mehrere Jahre nach ihrem Eindringen bronchoskopisch entfernt wurden.** *Mit 4 Textfiguren und 1 Tafel. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 1. 1910.*

Mittheilung beider Krankengeschichten nebst epikritischen Erörterungen:

Bei dem ersten Falle handelte es sich um eine kleine Prothese aus Hartkautschuk mit zwei Zähnen, die 7 Jahre im rechten Hauptbronchus der Patientin gelegen hatte; die Umgebung des Fremdkörpers im Hauptbronchus war durch reichliche Granulationen verengert.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen 4jährigen Knaben, der zwei Jahre lang eine Papierheftklammer mit $4^1/_2$ cm langen und $^1/_3$ cm breiten weichen, biegsamen Branchen im rechten Hauptbronchus hatte und an einer profusen, eitrig-fötiden Bronchitis litt.

Beide Fremdkörper wurden per vias naturales extrahirt und kamen die Pat. zu vollkommener Heilung.

Chiari empfiehlt zur Entfernung der Schleim- und Eitermengen vor der bronchoskopischen Untersuchung das „Umleeren des Patienten" durch Aufdenkopfstellen des Patienten.

Chiari verwendet zur Bronchoskopie die Brüningsschen Vorschieberöhren und Zerstäuber, sowie das Kahler'sche Panelektroskop. HECHT.

100) **Joseph Cohen** (Mülheim a. Rh.). **Extraction einer Bohne aus dem linken Bronchus auf bronchoskopischem Wege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. S. 2125. 1908.*

20 Tage nach der Aspiration Extraction des Fremdkörpers (eine gequollene Bohne, 19 × 10 mm) von der Tracheotomiewunde aus mit Hülfe des Brünings'schen Instrumentariums. — Anhangsweise berichtet Verf. über einen Fall, im dem ein abgebrochenes Tabakspfeifenmundstück nach zweijährigem Verweilen spontan ausgehustet wurde. ZARNIKO.

101) **Edm. Meyer** (Berlin). **Fall eines bronchoskopisch entfernten Fremdkörpers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 2063. 1908.*

Auch in diesem Falle bewährte sich das Brünings'sche Instrumentarium vortrefflich zur Erkennung und Entfernung eines ca. 32 cm von den Schneidezähnen entfernt im Bronchialbaum über 5 Wochen lang festsitzenden Fremdkörpers (Zahnkappe mit Goldzahn). Bei einem der Extractionsversuche brach der eine Zangenlöffel ab, wurde aber durch einen heftigen Hustenstoss glücklicherweise herausgeschleudert. ZARNIKO.

102) **Chiari. Fremdkörper im Bronchus.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 26. November 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1909.*

1. Metallene Papierheftklammer mit 4 cm langen Branchen, vor 2 Jahren aspirirt, aus dem rechten Hauptbronchus mit der oberen Bronchoskopie in liegender Stellung und in allgemeiner Narkose extrahirt.

2. Hartgummiplatte mit zwei Zähnen, vor 7 Jahren aspirirt, mittelst der oberen Bronchoskopie unter Localanästhesie aus dem rechten Hauptbronchus entfernt.

HANSZEL.

103) **Sebileau** und **Lemaitre. Fremdkörper der Bronchien, sechs Monate lang und nach zweimaliger bronchoskopischer Untersuchung für eingebildet gehalten. Extraction mittels des Brünings'schen Instruments. Heilung. (Corps étranger des bronches considéré pendant six mois et après deux explorations bronchoscopiques comme un corps étranger fantome. Extraction à l'aide des instruments de Brünings. Guérison.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 26. Februar 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt.

A. CARTAZ.

104) **Chevalier Jackson. Broncheskopie und Oesophagoskopie. (Bronchoscopy and Esophagoscopy.)** *Journal American Medical Association. 25. September 1909.*

Die Thatsache, dass in einer Arbeit 105 Todesfälle infolge Fremdkörper der oberen Luftwege oder infolge missglückter Versuche zu ihrer Entfernung berichtet wurden, legt die Nothwendigkeit nahe, das ärztliche Publicum immer wieder auf die Vortheile und Fortschritte der Bronchoskopie und Oesophagoskopie hinzuweisen.

Verf. berichtet über Fälle, die illustriren, wie gefährlich die Unkenntniss dieser Dinge ist: In einem Falle war eine Feder verschluckt worden und Patient starb infolge einer Entzündung, die durch blindlings ohne Zuhülfenahme des Oesophagoskops unternommene Extractionsversuche hervorgerufen wurde. In einem anderen Falle führte ein hervorragender Chirurg die Thoracotomie aus, die schnell tödtlich verlief; bei der Autopsie fand man den Fremdkörper — eine Glasperle — im linken Bronchus. Verf. hat die Oesophagoskopie in 41 Fällen benutzt; in allen bis auf einen mit Erfolg. Diese Ausnahme bildete ein gebogener spitzer Haken, der die Gewebe durchbohrt hatte und nicht entfernt werden konnte; er ging dann in den Pleurasack über, machte einen Abscess und konnte mittels Thoracotomie sicher entfernt werden. Verf. hat 92mal die Tracheo-Bronchoskopie wegen Fremdkörper vorgenommen, die unterhalb der Glottis sassen; nur in 4 Fällen wurden diese nicht entfernt. Kein Todesfall war zu verzeichnen, so lange die Patienten unter Beobachtung standen. Verf. hat in über 300 Fällen die Röhrenuntersuchung gemacht; nur zwei von diesen verliefen tödtlich, und zwar infolge der ursprünglichen Krankheit, nicht infolge Anwendung der Instrumente.

Zur Oesophagoskopie bei Kindern verwendet Verf. kein Anaestheticum, bei Erwachsenen ist die Anwendung eines solchen von Nutzen, aber nicht wesentlich.

Jackson beschreibt ausführlich seine Instrumente und die Technik seiner Operation.

EMIL MAYER.

105) **Joseph C. Beck. Fremdkörper im linken Bronchus. (Foreign body in the left bronchus.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Es handelte sich um einen $3^1/_2$jährigen Knaben, der zufällig ein Mignonglühlämpchen aspirirte. Der Fluorescenzschirm zeigte den Fremdkörper auf der linken Seite zwischen 6. und 7. Rippe nahe dem Sternum. Ein Versuch, den Fremdkörper mittels des Jackson'schen Instruments aufzufinden, misslang. Am nächsten Tage wurde tracheotomirt; durch die Tracheotomiewunde wurde das Brünings'sche Rohr eingeführt. Man kam auf den Fremdkörper, der mittels einer Sonde gelockert und dann ausgehustet wurde. EMIL MAYER.

106) **E. Botella. Fremdkörper im linken Bronchus, durch Bronchoskopie entfernt. (Corps étranger de la bronche ganche extraite par bronchoscopie.)** *Arch. Internat. de laryngol. Tome XXIX. No. 2 1910.*

Patient war ein 11jähriger Knabe; der Fremdkörper, eine Hollundermarkröhre, wie sie zu kleinen Pfeifen benutzt werden. Wiederholte bronchoskopische Versuche. Die Entfernung gelingt endlich mittels unterer Bronchoskopie in localer Anästhesie. Sitz des Fremdkörpers im linken Bronchus. LAUTMANN.

107) **D. W. Rudgers. Fremdkörper in der Trachea; Bericht über einen Fall. (Foreign body in the trachea; report of a case.)** *Journal of the Minnesota State Medical Association and The Northwestern Lancet. 1. Mai 1909.*

Es handelte sich um eine knöcherne Cigarrenspitze, die ein 4jähriges Kind in den rechten Bronchus aspirirt hatte. Entfernung mittels einer Zange von der Tracheotomiewunde aus. EMIL MAYER.

108) **Botey** (Barcelona). **Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien. (Dos cases de cuerpo extrano bronquial.)** *Revista de Medicina y Cirurgia Prácticas. No. 1068. 1909.*

I. Kalbsknochen ($10 \times 7 \times 8$ mm), 35 cm von den Zähnen entfernt im rechten Bronchus; Extraction durch Bronchoscopia superior mit Brünings'schem Instrumentarium.

II. Stück von einem Tannenzapfen (10×15 mm) am Eingang des rechten Bronchus bei einem 7jährigen Kinde; Extraction mittels Bronchoscopia inferior.

TAPIA.

109) **Otto Franck** (Frankfurt a. M.). **Tracheotomia transversa.** *Mit 6 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1910.*

Rückblick auf die Geschichte der Tracheotomie und die Entwickelung des Hautschnittes, Besprechung der Nachtheile des Längsschnittes in operativer, therapeutischer und kosmetischer Hinsicht und etwaiger späterer Complicationen. Schilderung der Vorzüge der Tracheotomia transversa, bei der sowohl Haut- wie Trachealwunde quer angelegt werden, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss. Die zur Zeit in der Rehn'schen Klinik geübte Methode der Tracheotomia transversa ist folgende: „4—5 cm langer Querschnitt hart auf die Cartilago cricoidea unter Anheben einer Längsfalte. Beim Zurückbeugen des Kopfes klafft die untere Wundlippe im Allgemeinen weiter als die obere, so dass

die Topographie der subcricoidalen Halspartie vorliegt. In der Mitte der Linea albicans colli, rechts und links oder auch singulär von den Venae med. colli begleitet. Einritzen der Linea albicans in der ganzen freiliegenden Partie und stumpfes Auseinanderdrängen der Musculatur bis zum Isthmus. Leichtes Anziehen des Isthmus mit dem linken Zeigefinger und querer Einschnitt in die Trachea hart unterhalb der Circumferenz der Cricoidea. Die sofort klaffende Trachealwunde wird rechts und links bis zum queren Durchmesser erweitert. Nach Einführung der Canüle wird die Hautwunde beiderseits durch Knopfnähte verschlossen. Ausser dem Scalpell bedarf es bis zur Einführung der Canüle keines weiteren Instrumentes."

„Die Quertracheotomie bietet zusammengefasst folgende Vorzüge:

1. Bezüglich der Operation: klare Topographie, peinliche Gefässschonung ohne Isthmusverschiebung, spontan klaffende Trachealwunde und Entbehrlichkeit aller Instrumente mit Ausnahme des Messers.

2. Bezüglich des Resultates: primäre Wundheilung, Erhaltung des Trachealrohres, unsichtbare, nicht eingezogene Hautnarbe, voraussichtlich ohne Spätfolgen."

HECHT.

110) **Chevalier Jackson. Tracheotomie. (Tracheotomy.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Verf. plaidirt dafür, dass folgende Punkte sorgfältig beachtet werden: Der Hustenreflex soll nicht durch Narcotica oder Sedativa unterdrückt werden; es soll bedachtsam in der Mittellinie vorgegangen werden mit sorgfältiger Blutstillung; die Nachbehandlung soll sorgfältig sein und die Verbände öfter gewechselt werden; im Moment, wenn die Trachea geöffnet ist, wende man die Trendelenburg-Rose'sche Lage an. Von 100 Tracheotomirten des Verf.'s wurden 86 gesund. In 10 Fällen trat der Tod als Folge der Erkrankung ein, die Tracheotomie erforderlich machte; in drei Fällen war die Tracheotomie selbst Todesursache.

EMIL MAYER.

111) **Tóvölgyi** (Budapest). **Ueber vereinfachte tracheale Injectionen in der Landpraxis.** *Orvosok lapja. No. 52. 1909.*

Verf. empfiehlt die H. Mendel'sche Methode, welche darin besteht, dass die Injectionsflüssigkeit bei hervorgezogener Zunge auf die hintere Rachenwand gespritzt wird.

v. NAVRATIL-POLYAK.

f. Schilddrüse.

112) **Blauel** (Tübingen). **Zur Aetiologie des Kropfes.** *Mit 3 Tabellen. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1910.*

Unter Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungen kommt B. zum Schluss, dass „die Vermittlerrolle des Trinkwassers für die Entstehung des Kropfes nicht mehr bezweifelt werden könne und dass als die Ursprungsstelle des kropferzeugenden Stoffes nur der Boden in Frage kommen könne, welchem das Wasser entspringt". Autor begründet nun die bei seinen Untersuchungen als zweckmässig vorgenommene Trennung der Kropfträger mit ausgesprochenen Herzerscheinungen von denen ohne solche und berichtet über die

neueren von Hofmeiser ihm zur Verfügung gestellten Beobachtungen, sowie über seine eigenen, die ein Gesammtmaterial von 515 Kropfkranken umfassen. Seine sowohl nach rein territorialen Gesichtspunkten, wie auch unter Berücksichtigung der geologischen Formationen zusammengestellten Statistiken führen in ätiologischer Beziehung hinsichtlich der complicirenden Herzstörungen zu einem negativen Ergebniss.

HECHT.

113) **Siegmund** (Berlin-Wilmersdorf). **Schilddrüse und Epilepsie.** *Med. Klinik. 18. 1910.*

Die Beobachtung des Verf.'s an einem 9jährigen Mädchen zeigt, dass es Fälle von Epilepsie giebt, welche durch Thyreoidin fast ganz geheilt werden, weil sie im Wesentlichen eine Theilerscheinung von Schilddrüsenschwäche sind. Durch die Thyreoidinzufuhr hat sich die dadurch entlastete Schilddrüse besser entwickelt und ist gewachsen.

SEIFERT.

114) **Binet** und **Henlly. Zwei Fälle von Strumitis suffocans acutissima mit tödlichem Ausgang. (Deux observations de strumites suffocantes suraigues mortelles.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVII. No. 2.*

Eine 23jährige kräftige Frau, die ihre Struma mit leichten Beschwerden seit ihrem 16. Jahre trug, wird im 5. Schwangerschaftsmonate stark dyspnoisch. Die Schwangerschaft geht zu Ende, die Entbindung wird wegen hochgradiger Cyanose der Mutter mit der Zange beschleunigt. In den nachfolgenden Tagen ist ausser einer leichten Bronchitis nichts Besonderes zu constatiren. Eine Woche nach der Entbindung jedoch zeigt sich eine solche Dyspnoe (es ist nicht gesagt, ob diese plötzlich entstand), dass man die Patientin tracheotomiren musste. Danach neuerdings Beruhigung und dann 6 Tage später Exitus. Bei der Autopsie findet man eine colossale Hypertrophie der beiden Schilddrüsenlappen, jedoch nirgends Vereiterung der Drüse. Offenbar war die Trachea comprimirt in der Ausdehnung von vier Trachealringen. Der rechte Recurrens ist vom unteren Theil der Struma überdeckt, links ist der Recurrens frei. Auf dem Durchschnitt erscheint die Drüsensubstanz normal. In der Lunge fand sich ein bronchopneumonischer Herd. Dieser Fall scheint uns auch eine andere Erklärung zuzulassen, als die von den Autoren im Titel angedeutete.

Schwieriger erklärt sich der zweite Fall, einen 53jährigen Mann betreffend, bei dem innerhalb 12 Stunden eine solche Schwellung der vorher kaum sichtbaren Struma (nussgrosser Knoten) eintrat, dass der Patient erstickte. Bei der Autopsie fand sich nichts Pathologisches, als eine enorm geschwollene Schilddrüse. Beide Lappen hatten über Faustgrösse, jeder trug eine mit grauer Flüssigkeit gefüllte Cyste. Aetiologisch konnte nur eine 6 Tage vorhergegangene Angina eruirt werden. Auch hatte der Patient einige Wochen vorher die Amputation eines Fingers überstanden.

LAUTMANN.

115) **Goris. Demonstration zweier constringirender Strumen. (Présentation de deux goitres constricteurs.)** *Journal de chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 5 u. 6. 1909.*

In der belgischen chirurgischen Gesellschaft zeigt G. zwei comprimirende Stru-

men und eine Operirte vor. Man erkennt genau den Abdruck der Trachea auf der hinteren Seite der Tumoren. In dem einen Fall war die Trachea von vorn nach hinten abgeplattet, anstatt wie gewöhnlich von der Seite her (zweiter Fall).

BAYER.

116) **Kocher** (Bern). **Zur Frühdiagnose der Basedow'schen Krankheit.** *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 7. 1910 und Nobelpreis-Conferenz 11. December 1909.*

Der berühmte Verfasser hebt hervor, dass bei Basedow Exophthalmus fehlen kann und dass der Tremor ein ebenso wichtiges Symptom sei. Er erklärt es als ausserordentlich wichtig, einigen Frühsymptomen, die ziemlich lange vor allen anderen erkennbar seien, nämlich gewissen Zeichen an den Augenlidern, Beachtung zu schenken. Vorerst nennt Kocher als unbekanntes anatomischer Substrat des Exophthalmus den Lundström'schen Muskel, der als quergestreifter Muskel in Form eines unvollständigen Cylindermantels am frontalen Aequaetor des Augapfels entspringt und allseitig vom Septum aus nach vorn zum oberen Orbitalrand (?) läuft. Er muss den Musculis rectis entgegenwirken und den Bulbus nach vorne ziehen.

Unter den Lidsymptomen ist das wichtigste dasjenige von Stellwag oder Dalrymple und das andere Symptom Stellwag's „des seltenen Lidaufschlags". Ersteres besteht in einem constanten kräftigen Spasmus des Levator palpebrae sup., der das Lid so stark zurückzieht, dass man oberhalb der Cornea das Weisse der Sclera sieht, was dem Auge einen besonderen unheimlichen Ausdruck giebt. Kocher fand, dass die Lidsymptome am deutlichsten auftreten, wenn man einen Gegenstand fixiren lässt und denselben sehr rasch auf und ab bewegt. Der dabei auftretende starke Lidspasmus tritt vor dem Exophthalmus als Frühsymptom auf und ist von dem Grade desselben nicht abhängig. Der Spasmus kann aber auch bei stark ausgeprägtem Glotzauge fehlen. Die Erklärung der Lidspasmen ist noch keine einheitliche. Es kommt dabei tonischer Krampf des Müller'schen Muskels, des Levator palpebrae und des Lundström'schen Muskels, der noch nicht ganz studirt ist, in Betracht. Kocher würde es begrüssen, wenn eine einzige Ursache derselben in abnormen Erregungen organischer Muskeln durch sympathische Nervenfasern infolge Hyperthyreoidisation festgestellt würde, um das noch herrschende Dunkel in der Beurtheilung der Augensymptome bei Basedow aufzuhellen.

Auch das andere wichtige Frühsymptom, die Tachycardie, wird sich durch Sympathicuserregung am besten erklären. Das Herz leidet dabei nicht immer und meistens erst nachträglich mit. Jedenfalls sollte bei augenfälliger Tachycardie an Basedow gedacht werden, besonders wenn sich Digitalis gegen dieselbe als ohnmächtig erweist.

Unter den Symptomen von Seiten der Schilddrüse ist die Druckempfindlichkeit derselben, sowie die relative Häufigkeit von Gefässgeräuschen in derselben hervorzuheben.

Das Blut ergiebt eine constante Abnahme der weissen Blutkörperchen bis auf die Hälfte und eine verlangsamte Gerinnungsfähigkeit im Gegensatz zum Myxödem.

Kocher räth als einzige Behandlungsweise die Beseitigung der kranken

Schilddrüse, und zwar in möglichst frühem Stadium, wo die Prognose zur Heilung des Basedow und der Operation selbst viel günstiger sei.

Kocher verwirft die Theorie von einer allgemeinen Neurose vollständig und er wird, gemäss den Erfolgen seiner Therapie, unzweifelhaft für die Mehrzahl der Fälle vollkommen Recht haben, vielleicht aber doch eine gewisse Zahl der Basedowfälle seiner bedeutenden Gegnerschaft unter den inneren Klinikern überlassen müssen.

Für uns Laryngologen ist die Frühdiagnose des Basedow wichtig genug, um ein eingehendes Referat über Kocher's Publicationen zu rechtfertigen.

JONQUIÈRE.

117) **Wunder** (Wolfstein). **Ueber die Wirkung von Sauerstoff-(Ozet)-Bädern auf den Stoffwechsel bei Basedow-Krankheit.** *Med. Klinik. 17. 1910.*

Nach jedem Sauerstoffbade wird die Harnstoffausscheidung herabgesetzt und gewöhnlich auch die Ausscheidung von Salzen (Elektrolyten) im Harn erhöht, mit letzterer geht gleichzeitig die Harnmenge in die Höhe. SEIFERT.

118) **T. H. Jacobson. Primäre doppelseitige Unterbindung der oberen Pole der Schilddrüse bei Basedow'scher Krankheit. (Primary bilateral ligation of the upper poles of the thyreoid gland for ophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 27. November 1909.*

Unterbindung beider Pole der Schilddrüse wirkt zunächst dadurch, dass der Blutzufluss zur Drüse vermindert und so deren Activität unmittelbar herabgesetzt wird, zweitens, indem die Drüsensecretion direct vermindert und ihr Eintritt in den Kreislauf auf dem Wege der hauptsächlichen Lymphgefässe, die an den oberen Polen der Drüse austreten, verhindert wird, drittens, indem eine Atrophie der Drüse die Folge wird. Die „Polunterbindung“ ist viel leichter als die Unterbindung der Schilddrüsengefässe und kann denselben Effect haben, wie die partielle Thyreodectomie. Durch den Eingriff wird die Blutversorgung der Parathyroiddrüsen nicht beeinträchtigt oder der Nervus recurrens gefährdet. Theoretisch betrachtet sollte die Polunterbindung die einfache Unterbindung der Schilddrüsengefässe bei Basedow'scher Krankheit und in vielen Fällen die partielle Thyreodectomie ersetzen können. Als präliminarer Eingriff vor der partiellen Thyreodectomie bei Morbus Basedow hat die Operation grossen Werth; sie ist ungefährlich und giebt in geübten Händen keine Mortalität. LEFFERTS.

119) **Joseph Rilus Eastman. Polunterbindung bei Basedow'scher Krankheit. (Polar ligation in ophthalmic goiter.)** *Journal American Medical Association. 19. März 1910.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem die Operation von Erfolg begleitet war. Der Puls ging zurück, der Tremor liess nach und das Stellwag'sche Symptom war nicht mehr nachweisbar. Die Schilddrüse hat an Grösse abgenommen.

Der Fall scheint zu Gunsten der von Stamm und Jacobson empfohlenen Methode zu sprechen. EMIL MAYER.

120) **E. Weill. Ichthyosis und Schilddrüse. (Ichthyosis and the thyreid body.)** *N. Y. Medical Record. 20. November 1909.*

Verf. glaubt, dass man manche Fälle von Ichthyosis auf eine mangelhafte Function der Schilddrüse zurückzuführen sind. Verf. führt zwei Fälle an, die dafür sprechen. In manchen Fällen findet sich bei Ichthyosis ein Mangel oder tiefgreifende Veränderungen der Schilddrüse; in anderen Fällen sind die Schilddrüsenveränderungen von Myxödem begleitet. Ferner giebt es Fälle, in denen keine nachweisbaren Veränderungen an der Schilddrüse vorhanden sind, in denen aber doch die Ichthyosis durch Schilddrüsenextract geheilt wird. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

121) **Guisez. Neue Fälle von Tuberculose der Speiseröhre. (Nouvoaux cas de tuberculose de l'oesophage.)** *Arch. Internat. de laryngologie. Tome XXIX. No. 2. 1910.*

Der erste Fall wurde vom Autor in der Revue die Chirurgie (Januar 1910) in Gemeinschaft mit Abrand veröffentlicht. An diesen Fall fügt G. zwei neue Fälle an, von denen der erste einen 29jährigen Chauffeur betrifft, der mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose von Kehlkopftuberculose, der zweite einen 49jährigen Mann betraf, der mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Oesophaguskrebs ösophagoskopirt worden ist. In beiden Fällen fand sich unterhalb des Oesophagusmundes ein Geschwür, das, mit Milchsäure behandelt, im ersten Falle auf einige Zeit, im zweiten Falle dauernd geheilt ist.

An diese Fälle reiht G. den von Schrötter publicirten Fall von tuberculöser Stenose des Oesophagus an, um auf die relative Häufigkeit der Speiseröhrentuberculose aufmerksam zu machen. LAUTMANN.

122) **Stiénon. Kehlkopfkrebs mit gleichzeitigem Oesophaguskrebs. (Cancer du larynx coexistant avec un cancer de l'oesophage.)** *Journal. Méd. de Bruxelles. No. 8. 1910.*

Sitzung der Brüsseler anatomo-pathologischen Gesellschaft vom 25. Januar 1910.

Der Fall bietet zwei interessante Eigenthümlichkeiten dar; zuerst, was sehr selten ist, das gleichzeitige Vorhandensein von zwei Krebsen; der Oesophaguskrebs ist sicher keine Metastase des Kehlkopfkrebses; aber ist er nicht eine Deglutitionsimplantation eines Partikels dieses Krebses, zumal normalerweise eine Verengerung des Oesophagus an der Stelle existirt, wo der Krebs seinen Sitz hat?

Die zweite Eigenthümlichkeit ist die extreme Atrophie des Magens, welche die Gastrotomie unmöglich gemacht hätte. Discussion. PARMENTIER.

123) **H. B. Anderson. Speiseröhrenkrebs. (Carcinoma of the oesophagus.)** *Canada Journal of Medicine and Surgerg. December 1909.*

42jährige Frau; Fixation der Stimmlippen; Intubation; Tod. Obductionsbefund. EMIL MAYER.

124) **R. Gaultier. Das Speichelsymptom des Speiseröhrenkrebses. (The saliva sign of causes of the Oesophagus.)** *Journal American Medical Association. 26. Februar 1910.*

Verf. beschreibt einen Fall, in dem das von ihm sogenannte Roger'sche oesophago-salivare Symptom vorhanden war, eine continuirliche excessive Speichelabsonderung. Dieses Symptom wird in 20 Fällen der Literatur beschrieben. In einigen Fällen war das Speichelsymptom vor allen anderen Erscheinungen des Carcinoms vorhanden. G.'s Versuche an Hunden bestätigen die Annahme Roger's, dass es sich um eine Reflexwirkung infolge Reizung der Speiseröhrenschleimhaut handelt.

EMIL MAYER.

125) **Harris Peyton Mosher. Einige Beobachtungen über Speiseröhrenfälle; Demonstration neuer Instrumente. (Some observations on esophageal cases and the presentation of new instruments.)** *The Laryngoscope. Juni 1909.*

Verf. beschreibt seine Technik der Oesophagoskopie, die er beim liegenden Patienten in Aethernarkose vornimmt. Er benutzt so weite Tuben wie möglich.

Zum Schluss beschreibt Verf. eine Anzahl neuer Instrumente (zur Entfernung von Sicherheitsnadeln; ein mechanischer Dilatator für Stricturen etc.).

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Gerber** (Königsberg). **Die Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres.** Zweite veränderte und vermehrte Auflage. Berlin, S. Karger. 1910.

Die ursprünglich in der Dermatologischen Zeitschrift erschienene und nachher als Monographie ausgegebene Bearbeitung der Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres liegt nun in zweiter Auflage vor. Entsprechend der in der Zwischenzeit ungemein stark angewachsenen Literatur und vor allem der überall zum Ausdruck gelangenden eigenen reichen Erfahrung auf rhino-laryngologischem wie otologischem Gebiete hat diese Monographie vielfach eine Umarbeitung erfahren müssen. Die alten Bilder wurden grösstentheils durch neue ersetzt.

Nicht nur der Rhino-Laryngologe und Otologe, sowie der Syphilidologe, sondern auch der Practiker wird aus dem werthvollen Buche sich über die wichtigsten Fragen manchen guten Rath erholen können. Seifert (Würzburg).

---

b) **31. Jahresversammlung der American Laryngological Association.**

Boston, 31. Mai bis 2. Juni 1909.

Vorsitzender: A. Coolidge (Boston).

Der Vorsitzende erinnert in seiner Eröffnungsrede an den jüngst erfolgten Tod E. J. Knight's in Boston, eines der Begründer der Association und eines der ältesten und erfolgreichsten Lehrer des Faches in Amerika. Redner giebt dann eine Schilderung von dem Unterricht in der Laryngologie an der Harvard

Medical School, in deren Gebäude diese Versammlung abgehalten wird; es sind acht Lehrer für das Fach angestellt. Es wird empfohlen, den De Roaldes-Preis in Form einer Medaille zu verleihen.

A. A. Bliss (Philadelphia); Nervenvertheilung in Beziehung zu den eine locale Entzündung vortäuschenden nervösen Störungen.

Redner bespricht die complicirte Vertheilung der Nerven in dem den Rhinologen interessirenden Gebiet. Schmerzen in dieser Region können vielerlei Ursprung haben. Bei acuter Rhinitis kommen die Schmerzen meist nicht von einer Mitbetheiligung der Sinus, sondern von den Verzweigungen des Trigeminus. Redner führt Beispiele dafür an, dass bisweilen keine localen Entzündungen, sondern nur eine diese vortäuschende Neuralgie vorliegt. Er spricht dann von dem sogenannten „Nasenhusten", der bei manchen Patienten durch Reizung des Nervus nasopalatinus, besonders gegenüber der hinteren Hälfte der mittleren Muschel hervorgerufen wird, ferner von den durch die Uvula elongata bewirkten Reflexerscheinungen, schliesslich von den laryngealen Reflexen. Er wendet sich zum Schluss gegen operativen Uebereifer.

O. F. Freer (Chicago) macht auf einen besonderen Reflexschmerz bei Antrumeiterung aufmerksam; er äussert sich oft in Supraorbitalschmerz, obwohl die Stirnhöhle gesund ist.

Thomas Hubbard (Toledo): Hämophilie nebst Bemerkungen über hämorrhagische Diathese.

H. berichtet über zwei Fälle; der eine zeigte eine ausgesprochene Neigung zu Hämophilie, im anderen handelte es sich um Epistaxis infolge Scorbut. Der erste Fall wurde wegen vergrösserter Tonsillen und Adenoiden operirt. Beide Fälle genasen. Redner spricht dann über die Natur der Hämophilie und geht dann zu der Behandlung der Hämorrhagien im Allgemeinen über, bei der er den Kochsalzinfusionen den Vorzug giebt. Bei Kindern macht er alle zwei Stunden eine Infusion von circa 100 g; hat dies keinen Erfolg, so müssen intracelluläre und im Nothfall intravenöse Injectionen gemacht werden. Einige Autoren empfehlen Injectionen von frischem Pferde- oder Menschenserum.

William K. Simpson (New York City) liest seinen Vortrag über: Klinische Erfahrungen mit Calciumlactat bei Blutungen in den oberen Luftwegen.

Hudson Makuen (Philadelphia) sagt, dass er in gewöhnlichen Fällen bei allgemeiner Narkose keine Furcht vor Tonsillarblutungen hat, da es leicht ist, eine Ligatur oder Naht durch die Gaumenbögen zu legen. Er hat Calciumchlorid bei Nasenblutungen mit Erfolg gegeben.

George B. Wood (Philadelphia) hat in Fällen, in denen das Blut abnorm lange Zeit zur Gerinnung braucht, Thyreoidextract angewandt. Er giebt es jetzt kurze Zeit vor all seinen Operationen.

J. O. Roe (Rochester) hat lange, bevor Calciumlactat empfohlen wurde, auf Grund seiner theoretischen Erwägungen Chlornatrium gegeben. Er hat noch jede Nasenblutung durch Tamponade stillen können.

Emil Mayer (New York) macht darauf aufmerksam, dass sehr häufig stehengebliebene Gewebsfetzen der Grund für die Nachblutungen sind.

E. E. Casselberry (Chicago) hat von Calciumchlorid nie einen Erfolg gesehen, über das Lactat hat er keine Erfahrungen.

Robert C. Myles (New York): Weiterer Bericht über einen Zungenkrebs. (Vorgestellt im Jahre 1907.)

Der Patient suchte den Vortragenden vor 2 Monaten wegen Schmerzen in der Narbe auf; es fand sich im Centrum derselben ein kraterförmiges Ulcus, das aber nach Extraction eines reizenden Zahnes heilte. In der Zeit seit der ersten Operation, die vor $2^1/_2$ Jahren stattfand, ist die linke Zungenhälfte atrophirt und gegen die hintere Pharynxwand gesunken; diese Seite der Zungenbasis steht mehr nach vorn und unten, als die andere, während die Spitze, die nicht entfernt worden war, sich nach oben gekrümmt hatte. Patient hatte dadurch grosse Unbequemlichkeiten beim Essen und Sprechen; der Zustand war dadurch zu Stande gekommen, dass die longitudinalen Muskelfasern entfernt und Nerven und Blutgefässe an der Basis durchschnitten wurden. M. meint, es wäre besser gewesen, die ganze Seite der Zunge zu entfernen.

Charles W. Richardson (Washington): Verlängerter Processus styloides.

R. berichtet über einen Fall; er theilt ferner einen Fall von totaler Verknöcherung des Ligamentum stylo-hyoid. mit und bespricht die Anomalien dieser Gegend.

Seine Patientin war eine Frau von 25 Jahren, die Jahre lang an Irritationszuständen gelitten hatte, die auf die linke Mandel bezogen wurden, von welcher vor Jahren ein grosses Knochenstück entfernt worden war. Wiederkehr der Symptome und erneute Untersuchung. Man fand in dem vorderen Gaumenbogen und parallel mit ihm einen Knochen, der freigelegt und entfernt wurde. Heilung ohne Zwischenfall.

C. Crosby Greene jr. (Boston): Aetiologie und Behandlung der Zahncysten.

Es ist gezeigt worden, dass es möglich ist, eine künstliche Epithelcyste dadurch zu erzeugen, dass man ein Stück Epidermis mit der dazu gehörigen Cutis in die tieferen Gewebe, so in die Bauchhöhle einpflanzt. Die Zähne sind im wesentlichen epitheliale Gebilde, sie entstehen durch Invagination des Kieferepithels in den Knochen hinein. Nun wird ein Stück von diesem hineinwachsenden Epithel als eine isolirte Insel von epithelialem Gewebe abgeschnürt; solche von einer Zahnwurzel abgeschnürte Epithelinsel wächst atypisch und das Resultat ist die Bildung einer Cyste. Es muss jedes Stück der epithelialen Auskleidung sorgfältigst entfernt werden, andernfalls recidivirt die Cyste, die Höhle muss weit geöffnet, gründlich curettirt und drainirt werden. Die Oeffnung kann in die Kieferhöhle anstatt in die Mundhöhle gelegt werden, um eine Infection von der letzteren aus zu vermeiden. Diese antrale Methode eignet sich besonders für grosse Cysten. G. berichtet über einen Fall und illustrirt seine Ausführungen an einer Röntgenaufnahme.

N. H. Pierce (Chicago) unterscheidet zwei Arten von Zahncysten, eine entzündlichen Ursprungs und eine, die die Folge von Entwicklungsstörungen ist. Erstere wird oft von den Zahnärzten entfernt. Sie kann das ganze Antrum einnehmen und dann mit dem sogenannten Hydrops der Kieferhöhle verwechselt werden. Diese führt jedoch zu keiner Vorwölbung der Höhlenwand; eine solche wird nur von wahren Zahncysten bedingt. Die Flüssigkeit der letzteren enthält Cholestearinkrystalle.

J. K. Bryan (Washington) glaubt an die Existenz des Hydrops antri und auch daran, dass er von wirklichen Zahncysten entstehen kann.

Greene sagt im Schlusswort, zwischen Cysten und Hydrops könne man dadurch unterscheiden, dass man ausspüle: bei Cysten kommt die Flüssigkeit nicht durch die Nase heraus.

S. J. Mixter (Boston): Chirurgie des Oesophagus.

Vortragender, der einer Einladung der Versammlung gefolgt ist, betrachtet den Gegenstand vom Standpunkt des allgemeinen Chirurgen. Er berichtet über seine persönlichen Erfahrungen bei Stricturen und bespricht die verschiedenen Methoden zu deren Heilung. Wenn auch die Oesophagoskopie in der Behandlung der Fremdkörper brillante Resultate erzielt hat, so sind für die Therapie der Stricturen doch noch die älteren chirurgischen Methoden vorzuziehen.

Chevalier Jackson (Pittsburg): Chirurgie des Oesophagus vom Standpunkte des Laryngologen.

In allen Fällen, in denen ein Fremdkörper durch die Luftwege eingedrungen ist, kann er auf demselben Wege wieder entfernt werden; dabei ist Ruhestellung des Oesophagus und flüssige Diät nothwendig. In Fällen von Tumoren etc. soll frühzeitig die Gastrotomie gemacht werden. Die blinde Einführung einer Sonde in eine nicht vorher mittels directer Besichtigung untersuchte Kehle ist gefährlich (Aneurysma). Nach des Redners Erfahrung sind Stricturen zugänglich für Behandlung mit Bougirung durch das Rohr hindurch, Dilatation mit ösophagoskopisch eingeführten Laminariastiften, ösophagoskopische schneidende Dilatation und die Abbe'sche retrograde schneidende Dilatation. Redner bespricht diese Operationen, demonstrirt die dazu gehörigen Instrumente, bespricht auch die cervicale Oesophagotomie, die laterale cervicale Oesophagotomie, die Pharyngotomia subhyoidea, stellt die Indicationen dafür auf und theilt 5 Fälle eigener Erfahrung mit, zwei von inoperablem bösartigem Tumor und drei von Stricturen, in denen er ein Rohr in das stenosirte Lumen eingeführt hatte, durch welches hindurch den Patienten Flüssigkeiten, weiche Eier etc. beigebracht werden konnten. Redner beschreibt auch die Autoplastik des Oesophagus. In keinem Fall von Dysphagie sollen Proceduren am Oesophagus vorgenommen werden, ohne dass die Oesophagoskopie vorausgegangen wäre. Zum Schluss macht Redner auf die dringende Nothwendigkeit strengster Asepsis bei all' diesen Maassnahmen aufmerksam.

Harris P. Mosher (Boston) theilt die Krankengeschichten zweier Fälle von Strictur des Oesophagus mit Dilatation und einen von Divertikelbildung mit, die alle geheilt wurden. Er macht darauf aufmerksam, dass das Lumen der Speiseröhre viel weiter ist, als wir anzunehmen gewohnt sind. Das

negative Resultat mit einem dünnen Rohr unter Cocainanästhesie hat keine Bedeutung. Es ist zur Aethernarkose zu rathen; Stricturen werden am besten diagnosticirt und behandelt mittels ösophagoskopischer Einführung von Instrumenten. Eröffnung des Magens wegen nichtmaligner Stricturen müsste ein seltenes Vorkommniss sein. Die Eröffnung der Speiseröhre zur Entfernung glatter Fremdkörper ist obsolet. Die Aufblasung der Speiseröhre scheint für die Auffindung des Lumens enger Stricturen eine grosse Erleichterung zu sein. Nicht alle Stricturen können dilatirt werden, manche müssen durch schneidende Instrumente getrennt werden.

Emil Mayer (New York) erinnert an einen vor 20 Jahren mitgetheilten Fall von congenitaler Strictur des Oesophagus, den er gesehen hat. Die Einführung eines weiten Rohres ermöglichte dem Mädchen das Schlucken; es hat sich seitdem völlig normal entwickelt. In einem Fall, den er kürzlich bei einem Mann beobachtete, konnte ein Divertikel dadurch diagnosticirt werden, dass ein mit Schrot gefülltes Gummirohr eingeführt und dann eine Röntgenaufnahme gemacht wurde, M. verwirft das Verfahren, das Divertikel mit Bismuth zu füllen.

J. O. Roe (Rochester) erinnert an zwei Fälle von Oesophagotomia interna: in dem ersten, einen 8jährigen Knaben betreffenden Fall hatte er erst eine dünnere Bougie und dann das Oesophagusmesser eingeführt. Fünf Jahre später befand sich Pat. durchaus wohl. Im zweiten Fall handelt es sich um eine Strictur nach Einklemmung eines Hühnerknochens. R. berichtet dann über einen zur Zeit bei ihm in Behandlung befindlichen Fall von Divertikelbildung.

G. L. Richards (Fall River) berichtet über einen Fall, wo ein Arzt einen Münzenfänger eingeführt hatte, das Instrument dann nicht entfernen konnte und eine Tracheotomie machen musste.

Jackson hält den alten Münzenfänger für ein gefährliches Instrument, das geeignet ist, den Patienten in eine sehr unangenehme Situation zu bringen.

J. S. Gibb (Philadelphia): Einige Betrachtungen über die vollständige Exstirpation der Tonsillen.

G. wendet allgemeine Narkose an ausser bei älteren Kindern mit nicht adhärenten Tonsillen. Die Tonsille wird aus ihrem Bett herausgezogen und ihre Anheftungen an die Gaumenbögen mit dem stumpfen Dissector getrennt. In Fällen, wo die Anheftungen sehr fest sind, wird die Scheere oder das Tonsillenmesser gebraucht. Der Finger wird dann eingeführt und versucht, die tieferen Adhäsionen zu lösen, die hängende Tonsille mit der Schlinge, etwaige Gewebsfragmente mit der schneidenden Zange entfernt. Die Schlinge ist viel wirksamer als das Tonsillotom. Bei dieser Methode der Fingerenucleation soll zu kräftiger Gebrauch der Finger vermieden werden. Bei 100 so behandelten Fällen betrug der durchschnittliche Aufenthalt im Krankenhaus 4 Tage; bei 90 war Temperatursteigerung von 37,3—38,5° zu constatiren; in 9 Fällen, in denen die Tonsillen sehr brüchig waren und die schneidende Zange viel gebraucht werden musste, stieg das Fieber auf 39°; in 2 Fällen wurden Flüssigkeiten durch die Nase regurgitirt. Ernstliche Blutungen waren sehr selten.

E. L. Shurly (Detroit): Es ist daran zu erinnern, dass die Tonsillen Drüsen mit innerer Sekretion sind, und wir wissen noch nicht genug darüber, wie die

Resultate ihrer völligen Entfernung auf Pharynx, Magen und die übrigen Tonsillen sind. Genügt es nicht, wenn wir die erkrankten Krypten entfernen und sollten wir nicht soviel von dem Gewebe stehen lassen, dass die normalen Functionen erfüllt werden können?

Casselberry (Chicago) stimmt mit dem Vorredner nicht überein; wir sollen stets das Tonsillengewebe vollständig entfernen und zwar bis in das Gaumensegel hinein, den Theil, den er „Velarlappen“ genannt hat.

Freer (Chicago) benutzt zur Trennung der Adhäsionen scharfe Instrumente. Er lösst den „Velarlappen“ zuletzt.

J. T. Bernhill (Indianopolis): Welches auch die Function der Tonsille sein mag, es giebt genug Gewebe im Pharynx, das diese Function erfüllen kann. Die nachträglichen Schmerzen sind geringer, wenn schneidende Instrumente gebraucht worden sind. Er drückt unmittelbar nach der Operation einen mit H_2O_2 gesättigten Tampon gegen die Wunde; wenn der Tampon ganz trocken ist, so applicirt er die Mousel'sche Lösung.

C. G. Coakley (New York) hat in seinen Fällen 2—4 Wochen nach der Operation eine geringe Granulationsmasse beobachtet, die er entweder mit der Zange oder durch Höllensteinanwendung beseitigte.

R. C. Myles macht auf die „basi-lateralen“ Tonsillen aufmerksam, die er vor 15 Jahren beschrieben hat, die sich ziemlich weit in das Gaumensegel hinein erstrecken. Wenn die ganze Kapsel entfernt wird, so entsteht eine Cellulitis, die sich bis zur Fossa zygomatica erstreckt. Es werden zu oft Stücke vom M. constrictor superior mit den Tonsillen entfernt.

J. Price-Brown (Toronto) hat von einem Musiklehrer gehört, dass bei einigen seiner Schüler die Stimme vollständig durch Entfernung der Tonsillen zerstört wurde.

W. K. Simpson (New York): Wir sind zu sehr geneigt, unsere Ansicht auf die unmittelbaren Folgen der Operation zu gründen; wir können nicht wissen, ob die Ausfüllung der Fossa tonsillaris mit Narben- und Bindegewebe nicht die Muskelthätigkeit des Gaumensegels beeinträchtigt, was mindestens so schädlich wäre, wie das Zurücklassen eines kleinen Stückchens der Tonsille.

J. O. Roe: Bisweilen klagen die Patienten mehr über Entzündungen und Drüsenschwellungen nach, als vor der Operation. Wenn die Tonsille erkrankt ist, so ist sie es durchgängig, denn die Krypten gehen bis auf den Grund der Tonsille; lässt man einen Theil davon zurück, so steigert sich die Resorption des septischen Materials in dieser Region.

Emil Meyer verwirft den Gebrauch der Finger; er benutzt einen stumpfen Dissector, dessen einer Rand geschärft ist, so dass er auch als Messer benutzt werden kann.

W. E. Casselberry (Chicago): Eine neue Methode zur Nasentamponade, um postoperative Blutungen zu verhüten.

Es wird ein Gummizellchen, dessen Ende etwas bullös erweitert ist so weit in die Nase eingeführt, dass dieses bullöse Ende im Nasenrachen liegt und dann mit Gaze ausgestopft.

George B. Wood (Philadelphia): Eine embryologische Studie über die Epithelmetaplasie der Mandelkrypten.

Er erläutert seine Ausführungen durch Projectionen. An der Tonsille der Erwachsenen finden sich Erscheinungen, die den Gedanken nahe legen, dass die Epithelzellen der Krypten eine Metamorphose eingehen, deren Resultat die Bildung von Zellen ist, die morphologisch sich den Lymphzellen ähnlich verhalten; ferner zeigen beim Embryo die frühesten Stadien eine eigenthümliche Activität des Epithels, charakterisirt dadurch, dass die basalen Epithelzellen sich abtrennen, die Basalmembran durchbrochen wird und im Epithel und in der Nachbarschaft dieses Epithelcentrums sich Zellen finden, die morphologisch den Lymphocyten gleichen; drittens wird das Wachsthum dieses epithelialen Gewebes begleitet von der Ablagerung von mehr Lymphzellen in seiner unmittelbaren Nachbarschaft; viertens werden Uebergangsformen gewisser typischer Epithelzellen und Lymphzellen nicht nur im Epithel sondern auch in dessen unmittelbarer Nachbarschaft gefunden; fünftens sind die polymorphonucleären Zellen verhältnissmässig zahlreicher in den frühen Stadien als später. Das Erscheinen der polymorphonucleären Zellen in den früheren Stadien der Tonsille ist schwer zu erklären. Ihre Anwesenheit in der Nachbarschaft spricht dafür, dass sie aus dem Blutkreislauf kommen; andererseits scheinen die Uebergangstypen der frühsten Stadien im Epithel auf einen gemeinsamen Ursprung mit den Lymphocyten hinzuweisen. Sie verschwinden allmählich mit der Entwicklung der Tonsille und diese Thatsache spricht dafür, dass sie keinen wesentlichen Bestandtheil der ausgebildeten Tonsille bilden. Es kann sein, dass die frühzeitige Veränderung im Epithel als eine chemotaktische Kraft wirkt, durch welche auf die polymorphonucleären Zellen eine Attraction ausgeübt wird.

A. Barnes (Boston): Die Tonsille beim Säugling, Kind und Erwachsenen.

Bei der Geburt findet sich sehr wenig lymphoides Gewebe; das Epithel der Krypten ist im Wesentlichen wie das der Oberfläche, ausser dass in diesem Stadium sich viele der Krypten noch im Stadium der Bildung sich befinden und als solide Epithelsprossen oder als Sprossen sich darstellen, in denen das Centrum in Begriff ist ausgestossen zu werden. Zwischen dem 4. und 6. Lebensmonat beginnen die Follikel mit ihren Keimcentren deutlich zu werden und mit ihrem Erscheinen wird das lymphoide Gewebe sehr activ. Grosse Mengen von Lymphocyten wandern in das Kryptenepithel ein und lösen dessen untere Schichten auf. Zu gleicher Zeit werden die Kryptenwände dicht aneinander gedrängt, so dass ihre Drainage aufgehoben wird; die grosse Zahl der Lymphocyten, die durch das Epithel in die Kryptenhöhlung einwandern, werden dort zurückgehalten und bilden die in der Kindheit so häufig gefundenen käsigen Massen. Nach dem 18. Lebensmonat finden wir Verhältnisse, die für die Infection sehr günstig sind: schlecht drainirte Krypten, die jene Massen von Zelltrümmern enthalten und ein Kryptenepithel, das nur eine schwache Vertheidigung bildet. Ungefähr um die Pubertätszeit beginnen retrogressive Veränderungen, die Drainage wird freier und das Lymphgewebe weicht vom Epithel zurück.

Leonhard W. Williams (Harward-Universität) spricht über den Ursprung

der Lymphzellen und Lymphkanäle bei verschiedenen niederen Thieren. Er meint, dass die Lymphocyten der Tonsille gleich denen der Lymphdrüsen im Mesenchym entstehen.

K. L. Swain (New Haven) weist auf die Arbeiten Stoehr's hin, nach denen es sich um eine wirkliche Zerstörung der Epithelzellen handelt, während Wood jetzt glauben machen will, dass die Epithelverdünnung mehr oder minder durch einen activen Process bedingt ist, den das Epithel bei der Hervorbringung von Leukocyten eingeht. S. glaubt, dass den Tonsillen in der Oekonomie der Organismen nicht mehr Bedeutung zukommt als jedem anderen Lymphknoten, ausser dass sie einen Resorptionsbehälter für alle Stoffe darstellen, die in die Lungen gelangen.

(Fortsetzung folgt).

IV. Briefkasten.

Siebzehnte Versammlung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Dresden, 11. und 12. Mai 1910.

Auf der Tagesordnung der diesjährigen Geschäftssitzung des Vereins stand ein Antrag von A. Barth (Leipzig), dass der Verein mit der Deutschen Otologischen Gesellschaft zum Zweck einer Verschmelzung beider Gesellschaften in Unterhandlungen treten solle. Dieser Antrag, der einen erneuten Versuch darstellte, die Selbstständigkeit der Laryngologie in Deutschland zu untergraben und von einer Seite ausging, von der derartige Versuche bereits mehrfach unternommen wurden, fand seine Erledigung dadurch, dass auf Antrag Killian's über ihn zur Tagesordnung übergegangen wurde.

In derselben Geschäftssitzung kam zum ersten Male der Bernhard Fränkel-Preis zur Vertheilung. Dieser Preis stammt aus den Erträgnissen einer Stiftung, die Bernhard Fränkel zu seinem 70. Geburtstage aus Beiträgen seiner Fachgenossen übergeben wurde. Fränkel hatte beantragt, dass der erste Preisempfänger Killian sein sollte; dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Zum Vorsitzenden wurde Killian, zum stellvertretenden Vorsitzenden Seifert gewählt; als Ort der nächsten Tagung wurde Wiesbaden bestimmt.

---

82. Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher in Königsberg.

18. bis 24. September 1910.

Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten.

Bis jetzt sind folgende Vorträge in Aussicht gestellt:

Flatau: Chirurgische und functionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung.
Blumenfeld: Zur Frühdiagnose des Larynx-Carcinoms.
Jacques Joseph: Ueber Nasencorrecturen.
Saenger: Die Beziehungen zwischen Nasenerkrankungen und Stimmstörungen.
Réthi: Thema vorbehalten.
Von zur Mühlen: Zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterungen.
Max Senator: Thema vorbehalten.
Rupprecht: Die allgemeine Narkose bei Mandeloperationen.
A. Thost: Ueber die Anwendung der Anilinfarben in der Rhino-Laryngologie.
Gluck: Thema vorbehalten.
Jurasz: Thema vorbehalten.
Freese: Thema vorbehalten.

Zarniko: Thema vorbehalten.
Grünwald: Thema vorbehalten.
Winkler: Bewerthung der Röntgenbilder bei Nebenhöhlenerkrankungen.
Uffenorde: Orbitale Complicationen der Nasennebenhöhlenentzündungen.
Katzenstein: Ueber Brust- und Falsettstimme.
Hajek: Thema vorbehalten.
Gerber: 1. Ueber Spirochäten in den oberen Luftwegen.
2. Das Schicksal der ostpreussischen Skleromkranken.
Cohn: Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims.
Kafemann: Ueber die Verwendungsmöglichkeiten der Elektrolyse im Anschluss an einen geheilten Fall von Epithelialcarcinom der Basis cranii, mit Demonstrationen.
Brieger: Thema vorbehalten.

Weitere Vorträge bitten wir möglichst umgehend an einen der Unterzeichneten mittheilen zu wollen, da das vorläufige Programm bis zum 10. Juni fertig gestellt sein soll.

Der Einführende:
Prof. Gerber.

Die Schriftführer:
Dr. Richard Krause.
Dr. Georg Cohn.

Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Die diesjährige Jahresversammlung findet am 11. bis 13. Juni unter dem Vorsitz von Capart sen. in Brüssel statt.

Die zur Berathung kommenden Referate sind:

1. Die physiologische Bedeutung der Gaumenmandeln. Referent: M. G. Hicguet.
2. Vorthelle und Nachtheile der Abtragung der Gaumenmandeln. Referent: M. J. Broeckaert.

II. Russischer Oto-Laryngologischer Congress.

Der zweite Russische Oto-laryngologische Congress wird am Schluss des laufenden Jahres vom 26. bis 30. December in Moskau abgehalten werden. Zum Präses des Organisationscomités ist A. Iwanow gewählt worden.

Laut Beschluss der ersten Congresses werden nur zwei programmmässige Themata zur Verhandlung kommen. Man hat sich für 1. adenoide Wucherungen, Indicationen zur Operation und Operationsmethoden, Zufälle und Complicationen bei der Operation und 2. Erkrankungen des Ohres im frühen Kindesalter, entschieden.

Vorträge werden gedruckt den Mitgliedern des Congresses zugesandt und auf dem Congress nicht verlesen. Zu Vortragenden sind W. Nikitin und A. Spengler gewählt.

Die oto-laryngologische Bibliothek des Communehospitals zu Kopenhagen.

Durch Beiträge seitens der Kopenhagener Communalbehörden sowie durch die liebenswürdige Freigebigkeit zahlreicher Specialcollegen im Ausland und in Dänemark ist es der oto-laryngologischen Klinik des Communehospitals in Kopenhagen gelungen, eine Bibliothek der Specialliteratur zu begründen, welche bis jetzt 3000 kleinere Abhandlungen und Separatabdrücke nebst ca. 200 Bänden Handbücher, Atlanten und grössere Monographien umfasst. Ueber diesen Bestand ist ein systematischer Katalog ausgearbeitet worden.

Indem ich diese Gelegenheit benutze, um meinen vielen ausländischen Collegen, welche mit ihren Arbeiten unsere Bibliothek bereichert haben, und insbesondere denjenigen, welche aus zufälligen Gründen meine persönliche schriftliche Dank-

sagung nicht erreicht haben sollte, aufs neue bestens zu danken, gestatte ich mir die Bitte an alle oto-laryngologischen Collegen zu richten, auch künftig unserer Bibliothek in Wohlwollen zu gedenken und derselben neue Arbeiten, Monographien, Separatabdrücke gütigst überweisen zu wollen.

Da unsere Bibliothek eine Anzahl von katalogisirten Dubletten besitzt, sind wir gern bereit, solche mit ähnlichen Bibliotheken zu tauschen, sowie wir gern, Reciprocität vorausgesetzt, Bücher, Separatabdrücke u. s. w. an andere Specialbibliotheken ausleihen werden. Holger Mygind.

Emil Zuckerkandl †.

Kurz vor Abschluss dieses Heftes geht uns aus Wien die Trauernachricht zu, dass der Director des Anatomischen Instituts der dortigen Universität, Prof. Emil Zuckerkandl, am 28. Mai gestorben ist. Seine „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle“, sowie seine zahlreichen die genaueren anatomischen Verhältnisse der Nase und Rachenhöhle zum Gegenstande habenden Arbeiten bilden die Grundlage, auf der insbesondere die Rhinologie sich zu ihrer jetzigen Höhe entwickeln konnte. Wir bringen in der nächsten Nummer einen Aufsatz, der eine ausführliche Würdigung der Verdienste enthalten soll, die der Verstorbene sich um unsere Disciplin erworben hat.

Personalnachrichten.

Prof. Ferreri (Rom) und Gradenigo (Turin) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.

Dr. v. Lénart hat sich in Budapest für Laryngologie habilitirt.

In New Orleans starb Dr. Gordon King an den Folgen eines Unfalls.

Dr. André Castex ist zum Officier der Ehrenlegion ernannt worden.

Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. Burger (Amsterdam), ist zum correspondirenden Mitglied der Königl. Belgischen Medicinischen Academie gewählt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, Juli. 1910. No. 7.

I. Emil Zuckerkandl †.

In der vorigen Nummer ist kurz berichtet, dass am 28. Mai Hofrath Professor Dr. Emil Zuckerkandl von uns genommen wurde. Z. hat mehr als ein Vierteljahrhundert mit kurzer Unterbrechung in Wien Anatomie gelehrt; er war ein begeisterter und begeisternder Lehrer, und seinem Einfluss ist vielfach das lebhafte Interesse zu danken, das so mancher Forscher, der unter ihm gearbeitet hat, — früher in der alten Prosectur der Gewehrfabrik, später in der prachtvollen neuen Anatomie — für anatomische Studien gewonnen hat. Für unsere Specialität hat er von früher Jugend an ein ganz besonderes Interesse bewährt und immer wieder hat er auch in späteren Jahren Arbeiten aufgenommen, welche der Rhino-Laryngologie zu gute gekommen sind und auf sie befruchtend gewirkt haben.

Sein äusserer Lebenslauf war ein relativ sehr einfacher und glatter. Er wurde am 18. September 1849 zu Raab in Ungarn geboren. Nach kurzem Besuch der Realschule trat er aus Liebe zur Naturwissenschaft zum Gymnasium über, bezog dann die Universität Wien, wo die machtvolle Persönlichkeit Hyrtl's einen bedeutenden Einfluss auf ihn gewann. Seine damals schon sich stark bemerkbar machende präparatorische Geschicklichkeit erregte die Aufmerksamkeit seines Lehrers, der ihn zu seinem Demonstrator und nach Beendigung der Studienzeit zu seinem Assistenten machte. Auf Hyrtl's Empfehlung ging er für kurze Zeit als Prosector der Anatomie nach Amsterdam, kehrte aber bald wieder nach Wien zurück. Hier wurde er Assistent von Rokitansky, dann von Karl Langer, der ihm nach einiger Zeit die Prosectur übertrug. 1876 wurde er ausserordentlicher Professor, 1882 ging er als Ordinarius der Anatomie nach Graz, um im Jahre 1888 nach dem Tode Karl von Langer's die erledigte Lehrkanzel zu übernehmen, deren Zierde er war, bis vor wenigen Jahren Krankheit ihn in der Ausübung seiner Lehrthätigkeit beschränkte.

Mit ihm ist einer der wenigen Anatomen dahingegangen, die in der Gegenwart noch den Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Thätigkeit in der speciellen

descriptiven Anatomie gesehen haben. Obwohl sich unter seinen Arbeiten anthropologische, vergleichend anatomische, entwickelungsgeschichtliche und selbst mikroskopische finden, so bildet den Inhalt der grössten Mehrzahl derselben doch die genaue Durchforschung und Darstellung der einzelnen Organe und Organsysteme, sowie die topographische Beschreibung der verschiedenen Körperregionen. Er legte das Hauptgewicht seiner Forschung auf den practischen Nutzen für die ausübende Medicin. So entnahm er den wesentlichen Theil seiner Anregungen aus der Praxis, und der grösste Theil seiner Schriften ist im Dienste der Praxis geschrieben. Die im letzten halben Jahrhundert sich gewaltig ausbauenden Specialwissenschaften interessirten ihn ganz besonders und für eine grössere Zahl der „Handbücher“ hat Z. die anatomischen Capitel geschrieben, so z. B. die Anatomie der Mundhöhle und der Zähne für das Handbuch der Zahnheilkunde von Scheff, die Anatomie des Ohres für das Schwartze'sche Handbuch, die des männlichen Urogenitalsystems für das Handbuch von Frisch und O. Zuckerkandl, die Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes und der Luftröhre für das Handbuch der Laryngologie u. s. w. Alle diese Arbeiten stellen selbstständige, auf eigenen sorgfältigen Untersuchungen beruhende Studien dar.

Unserem Specialgebiet sind eine sehr grosse Anzahl der Untersuchungen Zuckerkandl's gewidmet. Wenn ich die lange Reihe seiner Arbeiten — es sind mehr als 200 — durchgehe, so finde ich schon im Jahre 1876 einen „Beitrag zur descriptiven und topographischen Anatomie des unteren Halsdreiecks“ und noch 1910 seine Studie über „das Jacobson'sche Organ“.

Sein grösstes, ich glaube sein bedeutendstes Werk jedenfalls für uns Laryngo-Rhinologen ist seine „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge“, deren erster Band im Jahre 1882, in zweiter Auflage 1893, deren zweiter Band im Jahre 1892 erschienen ist. Durch dieses Werk Zuckerkandl's ist die gewaltige Entwickelung der modernen Rhinologie erst ermöglicht worden, von da aus hat sie ihren Ausgang genommen. Ein hervorragender Rhinologe sagte damals, als er den eben erschienenen ersten Band durchgearbeitet hatte: „Es ist eine schier unglaubliche Thatsache, dass im Jahre 1882 ein Buch von über 100 Seiten über descriptive Anatomie der Nase erscheinen kann, das auf jeder Seite neue Beobachtungen, und zwar Beobachtungen von grosser Tragweite enthält“. Die jüngeren Rhinologen haben das Werk und die durch dasselbe aufgedeckten Thatsachen als selbstverständliche Voraussetzungen ihrer Thätigkeit vorgefunden und können daher keine klare Vorstellung haben, wie grundlegend, wie bahnbrechend seiner Zeit dieses Auftreten Zuckerkandl's gewesen ist. An dieser bahnbrechenden Bedeutung der Arbeit Zuckerkandl's ändert es nichts, dass manche Theile seines Buches, namentlich die sich mit Histologie beschäftigenden, zu berechtigter Kritik Veranlassung gegeben haben. Ein Theil schon der ersten Arbeiten Zuckerkandl's, die sich mit dem Gehörorgan und dem Kehlkopfe befassten, ist in der damals einzigen Zeitschrift Deutschlands, die der Otologie und der Laryngologie gewidmet war, der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc.“, erschienen. Dieser Zeitschrift hat er Zeit seines Lebens ein lebhaftes Interesse bewahrt, derart, dass er ihr nicht allein einen sehr erheblichen Theil seiner Arbeiten zur Publication überwies, sondern auch, dass er nach dem Tode

Rüdinger's im Jahre 1896 als Redacteur in die Leitung des Journals eintrat und bis zu seinem Tode in der Redaction für die Weiterentwickelung des Blattes thätig war.

An der Bahre Zuckerkandl's steht die Rhino-Laryngologie trauernd um einen ihrer erlauchtesten Förderer. Mit regem Interesse hat er alles, was die Specialität anging, verfolgt. Als ich ihn zum letzten Male sprach, war der Streit über die eventuelle Vereinigung von Otologie und Laryngologie gerade besonders lebhaft. Er, der für Laryngologie und Otologie in gleicher Weise und mit gleichem Eifer als anatomischer Forscher thätig war, sprach sich mit aller Entschiedenheit gegen die Vereinigung der Fächer im Lehramt aus, die er als schädlich für die Entwickelung beider Fächer bezeichnete.

Noch ein Wort über seine Persönlichkeit. Wer je in den Kreis dieses herrlichen Mannes getreten, der war auch in seinem Banne. Seine unendliche, von Humor durchwürzte Liebenswürdigkeit, seine Güte, sein sachliches Interesse liessen den Schüler oft vergessen, dass ein Aelterer vor ihm stand; das fabelhafte Wissen, sein eminentes präparatorisches Können, die riesenhafte Belesenheit auch in den alten Klassikern der Anatomie schienen so zu ihm zu gehören, dass es gar nicht auffällig erschien, wenn er über die entlegensten anatomischen und literarischen Fragen, ohne nachzuschlagen, die eingehendsten Auskünfte ertheilte.

Seine Schüler — und welcher Rhino-Laryngologe ist nicht sein Schüler gewesen — und die zahllosen Forscher, die er in liebenswürdigster Weise gefördert und angeregt hat, werden ihm stets ein dankbares Andenken bewahren.

P. Heymann.

Aus dem umfangreichen Lebenswerk Zuckerkandl's seien nur die der Rhino-Laryngologie gewidmeten Arbeiten angeführt:

1875. Ueber einen Recessus salpingopharyngeus. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.

1876. Beitrag zur descriptiven und topographischen Anatomie des unteren Halsdreiecks. Zeitschr. f. Anatomie und Entwickelungsgeschichte.

1876. Zur descriptiven und topographischen Anatomie der Zungenvenen. Wiener med. Jahrbücher.

1878. Zur Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Nasoethmoidalregion. Wiener med. Jahrb.

1879. Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Drüse in der Regio suprahyoidea. Stuttgart, Enke.

1880. Ueber einige Varietäten in der Regio glossoepiglottica. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.

1882. Ueber ein anormales Verhalten der Lungenschlagadern. Wiener med. Wochenschr. No. 28.

1882. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. Wien 1882. Braumüller. II. Aufl. 1893.

1884. Das Schwellgewebe der Nasenschleimhaut und dessen Beziehungen zum Respirationsspalt. Wiener med. Wochenschr.

1884. Ueber den Circulationsapparat in der Nasenschleimhaut. Denkschrift der Wiener Academie. Bd. 41.

1886. Beiträge zur Anatomie des menschlichen Körpers. VIII. Das adenoide Gewebe der Nasenschleimhaut. Wiener med. Jahrb.
1887. Ueber Asymmetrie des Kehlkopfgerüstes. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.
1887. Das periphere Geruchsorgan der Säugethiere. Eine vergleichend-anatomische Studie. Stuttgart, Enke.
1887. Ueber die morphologische Bedeutung des Siebbeinlabyrinthes. Wiener med. Wochenschr. Bd. 37.
1887. Ueber das Riechcentrum. Stuttgart, Enke.
1888. Nasenhöhle. Realencyklopädie von Eulenburg.
1888. Das Riechbündel des Ammonshornes. Anatomischer Anzeiger. III.
1890. Makroskopische Anatomie der Mundhöhle und der Zähne. Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde.
1892. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. II. Bd. Wien, Braumüller.
1892. Entwickelung des Siebbeins. Verhandl. d. Anatom. Gesellsch. VI. Versammlung. Wien.
1892. Die Siebbeinmuscheln des Menschen. Anatom. Anzeiger. VII.
1894. Fossae praenasales. Mittheil. der anthropol. Gesellsch. Wien.
1896. Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes und der Luftröhre. Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie von P. Heymann.
1896. Geruchsorgan. Ergebnisse der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte.
1897. Zur Muschelfrage. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde.
1899. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Kopf. Hals. Wien, Braumüller.
1899. Ueber die Entwickelung der Concha bullosa. Monatsschr. f. Ohrenheilkde.
1900. Zur Anatomie des Sängerkehlkopfes. Monatsschr. f. Ohrenheilkde.
1900. Zur Anatomie des Riechcentrums. Sitzungsbericht d. Wiener Academie.
1900. Gebilde im Bereich der Schild- und Thymusdrüse. Sitzungsbericht der Wiener Academie.
1902. Ueber die Nasenmuscheln bei Monotremen. Anatom. Anzeiger.
1903. Die Entwickelung der Schilddrüse und der Thymus bei der Ratte. Anatomische Hefte.
1904. Riechstrahlung. Arbeiten aus dem neurologischen Institut. Wien.
1905. Ueber laterale Rachentaschen bei Lagostumus trichodactylus. Zeitschr. f. Morphologie u. Anthropologie.
1908. Ueber die Jakobson'schen Knorpel und die Ossification des Pflugscharbeines. Sitzungsber d. k. Academie d. Wissenschaften. Wien. Bd. 117.
1909. Ueber die Beziehung der Arteria nasopalatina zu Blutungen bei Septumoperationen. Zeitschr. f. Laryngologie u. Rhinologie.
1909. Makroskopische Anatomie der Mundhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Zähne. Handbuch der Zahnheilkunde von Scheff. 3. Aufl.
1910. Das Jakobson'sche Organ. Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte.

II. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **T. H. Güntzer. Sklerom der oberen Luftwege. (Scleroma of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record. 24. Juli 1909. The Laryngoscope. Juli 1909.*

Verf. berichtet über zwei eigene Fälle: ein Sklerom der Nase, des Rachens und Kehlkopfs und ein Sklerom der Nase und des Rachens.

Aus den Schlussfolgerungen der sehr interessanten Arbeit sei Folgendes hervorgehoben: Verf. hat von dem Frisch'schen Bacillus eine Vaccine hergestellt, die zum mindesten eine locale Immunität macht, woraus sich die ätiologische Bedeutung des genannten Bacillus ergiebt. Der Frisch'sche Bacillus ist übrigens, wie die Untersuchungen des Verf.'s ergeben, grampositiv, wenn die Gewebsstücke in 5proc. Formalinlösung gehärtet sind; er zeigt, am hängenden Tropfen beobachtet, eine lebhafte und langdauernde Beweglichkeit. Mit dem Wachsen der Cultur wird der Bacillus kleiner und dünner. Verf. hat auch das erste Mal die Agglutinationsprobe angewandt, kann aber aus seinem Versuch keine positiven Schlüsse ziehen. Verf. glaubt, dass ein Insect oder ein Parasit die Infection übermittelt. Zur Zeit giebt die Röntgenbehandlung die besten Aussichten.

LEFFERTS.

2) **Alejandro del Rió. Das Sklerom in Chile. (El escleroma en Chile.)** *I. Pan-Amerikanischer Congress in Santiago di Chile. 29. December 1908.*

Seit dem ersten Fall von Sklerom in Chile, den Verf. im Jahre 1896 der medicinischen Facultät in Santiago vorstellen konnte, hat er 30 Fälle beobachtet, deren Krankheitsgeschichten er mittheilt; die Fälle stammten aus verschiedenen Provinzen im Norden und Centrum des Landes, ohne dass sich das Bestehen abgegrenzter Herde nachweisen liess. Verf. vermuthet das Vorkommen des Skleroms auch in den übrigen Republiken Südamerikas und regt eine darauf zielende gemeinsame Nachforschung der amerikanischen Regierungen an. FINDER.

3) **M. O. Fischer. Nase und Hals in Beziehung zur Tuberculose. (The nose and throat in relation to tuberculosis.)** *The West Virginia Medical Journal. October 1909.*

Die Arbeit handelt hauptsächlich von der Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Tuberculose. EMIL MAYER.

4) **Otto J. Stein. Ohr-, Nasen- und Halssymptome bei Diabetes. (Ear, nose and throat symptoms in diabetes.)** *Journal American Medical Association. 26. März 1910.*

Verf. bespricht zuerst die Erscheinungen seitens der Mundhöhle bei Diabetes (Pyorrhoea alveolaris; verzögerte Heilung nach Zahnextraction; Caries; Gingivitis; aphthöse Stomatitis; rothe Zunge etc.). Im Gegensatz zu der gewöhnlich vorhandenen Trockenheit wird in manchen Fällen von Pankreaserkrankung Speichelfluss constatirt.

Im Rachen ist die Trockenheit das Hauptsymptom. Die Pharyngitis sicca ist nicht identisch mit der atrophirenden Pharyngitis; die Trockenheit bei jener ist höchst wahrscheinlich die Folge „einer Veränderung in der chemischen Zusammensetzung der Drüsensecrete" (Kyle) und nicht einer wirklichen Atrophie der Drüsen. Ausnahmsweise entwickeln sich Geschwüre im Pharynx, die Aehnlichkeit mit tuberculösen haben.

Verf. glaubt ferner, dass manche Fälle von intranasaler Reizung (Hyperämie, Hypersecretion, Niesanfälle etc.) Beziehungen zum Diabetes haben.

EMIL MAYER.

5) **Arthur Lyman Fisk. Unterbindung der Carotis externa. (Ligation of the external carotids.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

Bei grossen und schweren Operationen am Halse kann bisweilen die Unterbindung der Carotis in Frage kommen. Auf Grund einer Literaturübersicht und auf Grund von vier eigenen Fällen kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Unterbindung der Carotis externa die Blutung besser zum Stehen bringt, als die Unterbindung der Carotis communis; auch ist die Wahrscheinlichkeit einer secundären Blutung dabei geringer und es besteht nicht die Gefahr der Hirncomplicationen.

LEFFERTS.

6) **Oertel** (Berlin). **Kurze Bemerkungen über die Verwendbarkeit der Röntgenphotographie in der Rhino- und Otologie, nebst Beschreibung eines neuen Stuhles zu Röntgenaufnahmen.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 161. 1909.*

In kurzen Worten weist Verf. auf den hohen Werth der Röntgenaufnahme zur Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen hin; doch dürfen Anamnese und klinische Untersuchung dabei nicht vernachlässigt werden.

Um eine sichere Fixirung des Kopfes mit möglichst geringer Unbequemlichkeit für den Patienten zu ermöglichen, hat Verf. einen Aufnahmestuhl construirt, den er des Näheren beschreibt und auch abbildet.

OPPIKOFER.

7) **J. M. Fernandez. Vortheile der Alypinanästhesie. (Advantages of alypin anaesthesia.)** *Therapeutic Gazette. 15. Januar 1910.*

Verf. hat das Alypin in der Oto-Rhino-Laryngologie in ausgedehntem Maasse angewandt und seine Erfahrungen waren derart gute, dass er das Cocain fast gar nicht mehr gebraucht. Als schmerzstillendes Mittel braucht er es in Glycerin gelöst. Bei kleineren Operationen, wie Tonsillotomie etc., hat er damit völlige Anästhesie erzielt. Bei Combination mit Adrenalin ist die Wirkung intensiver und länger dauernd.

EMIL MAYER.

8) **Antonio Staurenghi. Das Alypin in der Oto-Rhino-Laryngoiatrie. (L'alipina in oto-rino-laringoiatria.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1910.*

Verf. rühmt dem Alypin folgende Vorzüge nach:

1. Möglichkeit der Sterilisirung durch Kochen, ohne dass das Mittel sich zersetzt. Daher Garantie für absolute Asepsis.

2. Befriedigende Anästhesie. Die anzuwendende Dosis kann etwas höher sein als die des Cocains, da Alypin weniger giftig ist, als dieses.

3. Möglichkeit der beliebigen Combination mit 1 pM. Adrenalin. Ohne Adrenalinzusatz behalten die Gewebe fast ihr normales Aussehen.

4. An und für sich giebt Alypin keinen Anlass zu erheblichen Secundärblutungen; die Blutung ist spärlich auch während des operativen Eingriffs.

5. Bisher sind keine Unzuträglichkeiten bei Alypinanwendung berichtet.

FINDER.

9) **E. Pistre. Ueber die Anwendung von Wismuthgaze. (Sur l'emploi de la gaze au bismuth.)** *Revue hebd. de laryngologie. No. 14. 1910.*

Wenn man nach Nasenoperationen tamponiren will, so räth Pistre nach dem Vorschlage von Krug (New-York), die Tamponade mit Wismuthgaze zu machen. Wismuth ist ein ausgezeichnetes Antisepticum, das den Vortheil der vollständigen Gefahrlosigkeit besitzt. Pistre hat die nach Krug's Vorschrift (Semaine médicale 1909. 10. November) bereitete Gaze zur Tamponade nach Epistaxis (4 Fälle), submucöser Septumresection (2 Fälle) und nach Abtragungen von Cristen, Spinen, Muscheln vielfach benutzt. Er schlägt vor, die radical operirte Kieferhöhle, die paradentären Cysten und überhaupt alle tamponbedürftigen Operationswunden mit Wismuth zu tamponiren. Der Tampon kann 4 Tage liegen bleiben, ohne fötid zu werden.

LAUTMANN.

10) **L. Mahler** (Kopenhagen). **Ueber die Kuhn'sche perorale Tubage.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 12. 1909.*

Auf Grund von 25, in der Schmiegelow'schen oto-laryngologischen Abtheilnng des St. Josefs-Hospitals beobachteten Fällen, die sämmtlich mit den günstigsten Resultaten nach der Kuhn'schen Methode narkotisirt wurden, empfiehlt Mahler diese Methode bei grösseren Operationen im Gebiete der oberen Luftwege. Er rühmt die gleichmässige, ruhige Narkose, den geringen Chloroformverbrauch, die Unabhängigkeit von Narkotiseur und Operateur von einander, die durch die gleichmässige Narkose bedingte geringere Blutung und die Möglichkeit, in Ruhe gründlich — namentlich bei Tumoren — operiren zu können. Anschliessend berichtet Autor cursorisch über die verschiedenen unter dieser Narkosenform operirten Krankheitsfälle.

HECHT.

11) **Elektrische Mundlampe.** *Med. Klinik. 20. 1910.*

Elektrische, vernickelte Mundlampe, wird als idealste Lichtquelle für die ärztliche Ueberlandpraxis bezeichnet. (G. Klein, Wittich (Eifel), Bahnhofstr. 32.)

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **R. Hoffmann** (Dresden). **Ueber das Rhinophyma.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 311. 1909.*

H. schildert eingehend und sehr anschaulich das ganze Krankheitsbild des Rhinophyms unter genauer Berücksichtigung der Literatur.

Die eigene Beobachtung des Verf.'s ist folgende:

67jähriger Patient mit nicht gerade grossem Rhinophym (Photographie vor und nach der Operation). Alkoholismus, vielfach Magen- und Darmstörungen, Nasenkatarrh. Mikroskopische Untersuchung (zwei wohlgelungene, farbige Abbildungen): Vermehrung des Bindegewebes im Corium und starke Hypertrophie der Talgdrüsen. Operation in Localanästhesie nach der Methode von Braun.

OPPIKOFER.

13) **G. Morro. Ueber die Trennung der Nasenbeine. (Sulla divisione delle ossa proprie del naso.)** *Annali di Freniatria e Scienze affini del R. Manicomio di Torino. Vol. XVIII.*

Verf. berichtet über 7 Beobachtungen an Verbrechern und Geisteskranken. Fünf Fälle betreffen Zweitheilung des Nasenbeins durch verticale oder horizontale Naht; in einem Fall fehlte die Intranasalnaht und gleichzeitig fand sich eine laterale Naht auf der linken Seite; in einem Falle bestand an der Grenze zwischen dem oberen und den unteren zwei Dritteln des Nasenbeins eine Einschnürung.

FINDER.

14) **E. H. E. Stack** (Bristol). **Eine Familie mit congenitaler Nasendeformität und die Erfolge subcutaner Paraffininjectionen. (A family with congenital deformity of the nose and the results of subcutaneous injections of wax.)** *Bristol Med.-Chir. Journal. Juni 1909.*

Verf. giebt eine genealogische Aufzeichnung von einer Familie, in der unter 40 Personen 18 sich befanden mit gleichartigen Verunstaltungen der Nase. Diese Abnormität bestand in einem ungewöhnlichen Abstand zwischen den Nasenbeinen, so dass es den Anschein hatte, als ob diese durch den Processus nasalis des Stirnbeins in einer Ausdehnung von 1 cm getrennt seien; ferner bestand eine leichte Depresssion oberhalb der Lippe. Verf. giebt eine sorgfältige Darstellung der Paraffinmethode, durch die er in einer Anzahl der vorliegenden Fälle eine Besserung erzielt hat.

JAMES DONELAN.

15) **Julius Guntermann. Ueber Paraffinprothesen in der Rhinologie.** (Aus der Univers.-Poliklinik für Nasen- u. Kehlkopfkranke von Prof. Seifert in Würzburg.) *Dissertation.*

Nach Besprechung der Literatur theilt Verf. 8 in der Seifert'schen Poliklinik meist wegen Sattelnase mit Paraffin behandelte Fälle und einen von anderer Seite mit Misserfolg behandelten Fall mit, der zur Beseitigung der Folgen einer vor der Paraffinbehandlung erlittenen Fractur des knöchernen Nasengerüstes dann Seifert's Hülfe nachsuchte.

SALZBURG.

16) **Ilurre** (Bilbao). **Die Injectionen mit kaltem Paraffin. (Las inyecciones de parafina fria.)** *Siglo Médico. 29. Mai 1909.*

Eine zusammenfassende Darstellung.

TAPIA.

17) **Foramitti** (Wien). **Zur Technik der totalen Rhinoplastik.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 102. 1910.*

Deckung eines nach Lues entstandenen totalen Nasendefectes in der Weise, dass nach Vorbereitung eines Lappens aus der Stirne eine Knochenspange der

Tibia mit Periost unter dem Lappen fixirt und zur Anheilung gebracht wurde. Später Bildung der Nase aus dem Lappen mit der Knochenspange als knöchernem Nasenrücken.

SEIFERT.

18) **Hopmann. Verlagerung des Vomer.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 259. 1909.*

H. hat 1908 in der Zeitschr. f. Laryngol. einige Fälle von abnormer Kürze des sagittalen Durchmessers der Nasenhöhle, von Verlagerung des Vomer, veröffentlicht und bei Besprechung von einem dieser Fälle dem Gedanken Ausdruck gegeben, dass hier ein Entwickelungsfehler, eine Hemmungsbildung, wahrscheinlich hereditär-congenitaler Natur, vorliege. Diese Auffassung wird in der jetzigen kurzen Arbeit von Neuem wieder vertreten: H. hat mittlerweile auch bei der Schwester des oben erwähnten Patienten eine Verlagerung des Vomer nachweisen können. Mittheilung der diesbezüglichen Krankengeschichte. Zwei stereoskopische Aufnahmen der Anomalie sind der Beschreibung beigefügt.

OPPIKOFER.

19) **F. Schiffers. Ueber die Pathogenese des Ulcus perforans septi. (De la pathogénie de l'ulcère perforant de la cloison du nez.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 17. 1910.*

Dieser kurze Artikel wurde vom Autor auf dem V. Congress der Belgischen Oto-Rhinologen im Jahre 1894 verlesen. Sein heutiger, etwas verspäteter Abdruck ist gerechtfertigt dadurch, dass seit jener Zeit keine neue Theorie über das Zustandekommen der spontanen Perforation des Septum aufgetaucht ist. Schiffers hält in Uebereinstimmung mit der Wiener Schule an der Thrombose als Ursache des runden Geschwüres fest.

LAUTMANN.

20) **Rivière. Abscess der Nasenscheidewand, der das Aufhören alter und heftiger Asthmaanfälle herbeiführt. (Abscès de la cloison nasale ayant amené la cessation de crises anciennes et violentes d'asthme.)** *Lyon Médical. 26. December 1909.*

Ohne scheinbare Ursache traten bei einem 73jährigen Patienten Schnupfen, Kopfschmerzen und Dyspnoe auf. Man diagnosticirte das Bestehen eines Abscesses der Nasenscheidewand; das Verschwinden der seit 30 Jahren wöchentlich 2 bis 3mal auftretenden Asthmaanfälle, das mit dem Auftreten des Abscesses zusammenfiel, wird dadurch erklärt, dass eine asthmogene Zone beseitigt worden sei.

GONTIER de la ROCHE.

21) **Raymond** (Freiburg, Schweiz). **Primäre Tuberculose der Nasenscheidewand. (Tuberculose primaire de la cloison du nez.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3. 1910.*

40jährige Frau, ohne jegliche Anzeichen von tuberculösen Symptomen an anderen Organen. Die haselnussgrosse gestielte Geschwulst sitzt am vorderen Theil des Septum und füllt das Lumen der Nasenseite aus. Sie ist ganz schmerzlos. Eitriger Nasenfluss. Das Mikroskop ergiebt charakteristische Riesenzellen. Die Patientin hatte vorher einen sterbenden Phthisiker gepflegt.

Ein zweiter Fall des Verf.'s zeigt eine nussgrosse, graue, vom Septum aus-

gehende Wucherung im linken Naseneingang, ebenfalls schmerzlos, aber mit fötidem Nasenfluss verbunden. Die mikroskopische Untersuchung ergab auch hier charakteristische Riesenzellen. Diese Nasentuberculose war aber keineswegs primär, sondern mit beiderseitiger Lungentuberculose und Lupus an den Naseneingängen und auf der Oberlippe vergesellschaftet.

Beide Patientinnen zeigten sich nach der Befreiung ihrer Nase nicht wieder. R. konnte jedoch noch eine vollkommene Vernarbung der kranken Stelle an der Nasenscheidewand nachweisen. Er hält dafür, dass die Ausrottung dieser Geschwülste mit nachfolgender galvanischer Cauterisation eine gute locale Prognose gebe.

Der Fall von primärer Tuberculose in der Nase ist nach Verf. sehr selten, da nur 60 Fälle in der Literatur bis jetzt beschrieben seien. JONQUIÈRE.

22) **Carlo Bruzzone. Blutende Septumpolypen. (Polipi sanguinanti del setto nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. November 1909.*

Verf. giebt zuerst eine Uebersicht über die in der Literatur verzeichneten Fälle und über die verschiedenen Theorien betreffs deren Pathogenese. Dann theilt er 6 Fälle eigener Beobachtung mit, von denen 5 weibliche Patienten betreffen.

FINDER.

23) **Ciro Caldera. Ueber einen neuen klinischen Fall von Papillom der Nasenscheidewand. (Sopra un nuovo caso clinico di papilloma del setto nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1. März 1910.*

Es handelte sich um einen 30jährigen Mann, bei dem sich in der linken Nase ein rosafarbener, maulbeerförmiger, weicher, nicht blutender, bohnengrosser, breitbasig dem Locus Kisselbach aufsitzender Tumor gebildet hatte.

Das histologische Bild, wie es eine beigegebene Abbildung zeigt, ist das des Papilloms. FINDER.

24) **C. Katz** (Kaiserslautern). **Zur Genese der Septumdifformitäten.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 105. 1909.*

K. beobachtete eine 16jährige Patientin mit vollständiger Spaltbildung des harten Gaumens. Die linke Nasenhöhle communcirte frei mit der Mundhöhle. Rechterseits dagegen bestand ein Nasenboden, der aussergewöhnlich hoch stand und durch eine — wahrscheinlich intrauterin entstandene — derbe Bindegewebsbrücke gebildet war. Auf der Seite der excessiven Gaumenhöhe fand sich nun eine starke Septumdeviation mit Crista. Verf. verwendet deshalb die Beobachtung zu Gunsten der Anschauung, dass — neben anderen Ursachen — Hochstand des Gaumens beim Zustandekommen der Septumdifformitäten eine Rolle spielt.

Die polemischen Aeusserungen gegen Zuckerkandl und Freer müssen im Original nachgelesen werden OPPIKOFER.

25) **Nelson M. Black. Die Beziehung zwischen Septumdeviation und Unregelmässigkeiten der Zähne und Kiefer. (Relation between deviation of nasal septum and irregularities of teeth and jaw.)** *N. Y. Medical Journal. 27. März 1909. Journal of the American Medical Association. März 1909.*

Der Hauptgrund, warum bisweilen Septumverbiegungen nach der Operation

sich wieder herstellen, besteht darin, dass der wichtigste ätiologische Factor, nämlich irgend welche Irregularität der Zähne oder des Kiefers, übersehen wird; Dauerheilung kann in solchen Fällen nur erzielt werden, wenn vorher die Kieferbildung corrigirt ist. Nach vollzogener Dehnung neigt das Septum dazu, sich selbst wieder gerade zu richten, da es von dem auf ihm lastenden Druck befreit wird.

EMIL MAYER.

26) **Gereda** (Madrid). **Wiederherstellung der Nasenscheidewand. (Restauración del subtabique nasal.)** *Siglo Médico. 9. Januar 1909.*

Verf. berichtet über einen Fall, wo er nach dem Verfahren von Nicoladoni ein Stück Haut von der unteren Partie der Nase benutzte.

TAPIA.

27) **W. Peyre Porcher. Eine schnelle Methode zur submucösen Resection der Cartilago triangularis der Nase. (An expeditious method for submucous resection of the triangular cartilage of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Juni 1909.*

Nach Ablösung der Schleimhaut benutzte Verf. in seinem Fall die elektrische Trephine; er machte mit ihr zwei Knorpelkegel los, nach deren Entfernung das Septum gerade gerichtet war.

LEFFERTS.

28) **Seyffarth** (Hannover). **Eine Stanze zur Septumresection.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 379. 1909.*

Die Knochenstanze ist in der kurzen Mittheilung abgebildet; sie ist nach Verf. eine trotz aller Schlankheit sehr kräftig schneidende Zange. Geliefert wird das Instrument durch die Firma Walb, Heidelberg.

OPPIKOFER.

29) **Royce D. Fry. Modificirte submucöse Septumresection. (Modified submucous resection of the nasal septum.)** *The Cleveland Medical Journal. October 1909.*

Verf. wurde zu seiner Modification angeregt vor allem durch die Fälle, in denen eine Spina oder Leiste sich in die untere Muschel einbohrt oder ihr adhärirt. Er macht — mit dem Freer'schen hakenförmigen Messer — einen Horizontalschnitt von hinten nach vorn über die grösste Convexität der Leiste; dieser Schnitt trifft vorn das untere Ende des vorn angelegten Verticalschnitts. Dann erfolgt Ablösung des Perichondrium und Periost. Ist die Concavität auf der Gegenseite nicht sehr ausgesprochen, so wird die blossgelegte Leiste oder Spina mit einer Säge entfernt, bevor Perichondrium und Periost abgelöst werden; dadurch werden die nachfolgenden Maassnahmen erleichtert.

EMIL MAYER.

30) **Srebrny. Einige Worte zur Technik der submucösen Resection der Nasenscheidewand. (Kilka stów w sprawie techniki wyciecia podslurowego przegrody nosa.)** *Medycyna. 51. 1909.*

Verf. hat sich das schwierige und zeitraubende Ablösen der Schleimhaut der concaven Seite dadurch erleichtert, dass er den Schleimhautschnitt auf beiden Seiten ausführte, ohne eine bleibende Perforation der Scheidewand zu befürchten. Zu diesem Verfahren ermuthigte ihn seine seit viele Jahren geübte Methode der Behandlung der Nasenscheidewandabscesse, wobei er das Septum durchschneidet und

einen Gazestreifen durch die Wunde durchzieht. Nach Entfernung der Gaze verwächst das Loch gänzlich. Von 5 in obiger Weise operirten Fällen entstand in einem eine schlitzförmige Perforation, nach Verf.'s Meinung dadurch, dass die Tampons zwischen die Wundränder hineingepresst wurden und die Annäherung derselben verhinderten. In 8 von Kenigstein in derselben Weise operirten und demnächst zu veröffentlichenden Fällen war das Resultat vollkommen günstig.

A. v. SOKOLOWSKI.

31) **D. Crosby Greene. Die Transplantation von Knorpel zur Correction verbogener Nasen. (The transplantation of cartilage in the correction of the nose.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. März 1910.*

Zwei Fälle von Perforation nach Abscess wurden so behandelt, dass die Schleimhaut an der Perforation abgetrennt wurde, ein Stück Knorpel von einer resecirten Nase eingelegt und genäht wurde. Der Knorpel wurde resorbirt, die Perforation schloss sich und es bildete sich eine feste bindegewebige Wand.

EMIL MAYER.

32) **Harold Hays. Die Mc Coy'schen Instrumente zur submucösen Resection der Nasenscheidewand. (The Mc Coy instruments in the submucous resection of the nasal septum.)** *The Kansas City Medical Index. Lancet. Juli 1909.*

Verf. empfiehlt die von John Mc. Coy angegebenen Instrumente wegen ihrer Einfachheit und weil bei ihrer Anwendung viele der Schwierigkeiten der Operation fortfallen.

EMIL MAYER.

33) **Tietze** (Rumburg). **Zur Aetiologie der Rhinitis atrophicans.** *Prager med. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Eine schleimige Erkrankung des Sieb- und Keilbeins ging mit einer Ozaena einher.

CHIARI.

34) **James Adams. Die Pathologie und Therapie der atrophischen Rhinitis. (The pathology and treatment of atrophic rhinitis.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Es giebt zwei Haupttypen der atrophischen Rhinitis: a) eine gewöhnliche Form mit und b) eine weniger gewöhnliche Form ohne Sinusitis. Bei der letzteren Form giebt es c) eine nicht zu oft vorkommende Unterabtheilung, wo die Atrophie das Primäre scheint und wo eine structurelle Schwäche der Gewebe vorhanden ist, so dass diese schnell der Mikrobeninvasion erliegen. Das Endresultat kann in histologischer Hinsicht ähnlich sein, in klinischer Hinsicht und was die Behandlung anbetrifft, sind die Verhältnisse verschieden.

2. Die atrophische Rhinitis ist in den meisten Fällen — a und b — das Endstadium einer hypertrophischen purulenten Rhinitis, die zuerst die Schleimhaut, dann aber auch in mehr als der Hälfte der Fälle die Nebenhöhlen befällt; dies wirkt wieder auf die Nasenschleimhaut zurück, so dass ein Circulus vitiosus entsteht.

3. Die purulente Rhinitis ist die Folge von Mikrobenwirkung und befällt mit Vorliebe Personen, deren Schleimhaut besonders für Entzündungen disponirt ist oder bei denen structurelle Besonderheiten der Nebenhöhlen bestehen. Borkenbildung und Foetor werden begünstigt durch Weite der Nasenlöcher und Anwesenheit des Abel'schen Bacillus. Foetor ist keine nothwendige Begleiterscheinung; die Krankheit braucht nicht in der Kindheit zu beginnen.

A. LOGAN TURNER.

35) **Arthur Alexander** (Berlin). **Ueber das Wesen der Ozaena. Alte Hypothesen in neuer Form.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 2. S. 260. 1909.*

A. stellte sich die Aufgabe, das der Ozaena und der tertiären Nasensyphilis Gemeinsame herauszufinden, jenen Factor, der bei beiden Erkrankungen zur Atrophie und zur fötiden Borkenbildung führt.

Er geht von der Annahme aus, dass der genuinen Ozaena eine pathologische Störung der Knochenernährung zu Grunde liege und formulirt den Satz: „Ohne Knochenerkrankung keine Ozaena".

Zu dieser Annahme gelangt er durch kritische Abwägung alles dessen, was bisher von den Anhängern der Knochen- resp. Schleimhauthypothesen für und wider diese sich diametral gegenüberstehenden Anschauungen in der Literatur vorgebracht worden ist, insbesondere durch Würdigung der Thatsache, dass sich auch solche Schädelknochen an dem Erkrankungsprocess betheiligen, welche mit der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen in keinem Zusammenhang stehen.

Das Wesen dieser Ernährungsstörung erblickt er darin, dass der Knochen die Fähigkeit eingebüsst hat, aus dem ihm zugeführten Ernährungsmateriale leimgebende Substanzen in zweckmässiger Beschaffenheit zu bilden und demgemäss chemisch anders geartete Substanzen producirt, welche sich als nicht geeignet für den Aufbau des Knochengewebes erweisen, daher in der Durchtränkungsflüssigkeit abgelagert und von hier aus auf verschiedenen Wegen eliminirt werden.

Ein Theil dieser Substanzen wird mit dem Strom der Gewebsflüssigkeit durch die Schleimhaut hindurch auf deren Oberfläche befördert. Dadurch wird die die Schleimhaut durchströmende Gewebsflüssigkeit stärker alkalisch, nimmt eine dickere Consistenz an, reizt somit das von ihr durchströmte Gewebe (Entzündung, Eiterung) und vermag die Schleimhaut nicht mehr in geeigneter Weise zu ernähren (Atrophie). Indem er somit die eitrige Secretion in gewisser Beziehung als abhängig von den Drüsensecretion hinstellt, gewinnt A. eine Erklärung für vier der Ozaena eigenthümliche auffällige Erscheinungen, nämlich:

1. Für die Vermehrung der Secretmenge trotz zunehmender Drüsenatrophie.

2. Für die Beobachtung, dass das eitrige Secret in Form kleinster Pünktchen aus der Schleimhaut hervorsickert und die letztere schon kurze Zeit nach vorangegangener Reinigung wie mit Mehlstaub bestreut erscheinen lässt.

3. Für das Phänomen der Eiterabsonderung an sich.

4. Für die merkwürdige Klebrigkeit des frisch abgesonderten Ozaenasecretes, bezüglich deren nachgewiesen wird, dass sie allen denjenigen Absonderungspro-

ducten eigenthümlich ist, welche einer Verletzung resp. Erkrankung des Knochens ihre Entstehung verdanken.

Ein weiterer Theil dieser Substanzen gelangt in die abführenden Lymphwege, d. h. zunächst in die Gaumen- und Rachentonsille, resp. den ganzen lymphatischen Apparat der hinteren und seitlichen Pharynxwand, des weiteren in die Lymphdrüsen. Folge: Betheiligung dieses Lymphapparates, resp. des ganzen Pharynx und Larynx an der Ozaena.

Eine derartige Störung in dem Stoffwechsel gewisser Knochen ist natürlich abhängig vom Stoffwechsel des gesammten Körpers. In weiterer Ausführung dieses Gedankens findet A. eine Erklärung für das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes, sowie für den Einfluss der Menses auf die Erkrankung. In den Infectionskrankheiten erblickt er nur ein die Krankheit auslösendes Moment, welches bei der einmal vorhandenen, durch ein ererbtes Krankheitsgift bedingten angeborenen Labilität im Chemismus gewisser Knochenzellen, zu einer dauernden Ernährungsstörung derselben führt.

Unter Zugrundelegung dieser Anschauungen entwirft A. ein Bild von der Entwickelung der Ozaena. Er bespricht dann die Beziehungen der Ozaena zur Rhachitis und Osteomalacie, die Frage nach dem Zusammentreffen von Chamaeprosopie und Ozaena, er erörtert die zahlreichen Vergleichspunkte zwischen der Ozaena und Syphilis, das gemeinschaftliche Vorkommen von Ozaena und adenoiden Wucherungen, die Beziehung der Ozaena zu den Nebenhöhleneiterungen etc., kurz alle die zahlreichen Momente, die in der umfangreichen Ozaena-Literatur zu dieser Krankheit in Beziehung gesetzt worden sind.

Gemäss seiner Auffassung von dem Wesen der Ozaena plaidirt A. für eine kräftigere Berücksichtigung der in letzter Zeit sehr in den Hindergrund getretenen Allgemeinbehandlung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

36) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Wassermann'sche Complementbindungsmethode und Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. 1909.*

Verf. hat an einer Reihe von reinen Ozaenafällen die Wassermann'sche Seroreaction angestellt und dabei stets ein negatives Resultat erhalten. Er vergleicht das Ergebniss seiner Untersuchungen mit den Befunden, welche mittels der Wassermann'schen Reaction bei erworben- oder ererbt-syphilitischen Erkrankungen, sowie bei den parasyphilitischen Erkrankungen erhoben worden sind, und gelangt zu dem Schlusse, dass es Fälle von Ozaena giebt, die mit Lues nichts zu thun haben.

F. KLEMPERER.

37) **Botey. Ist die Paraffininjection gegenwärtig die beste Behandlungsweise der Ozaena? (Les injections de paraffine dans l'ozène sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection?)** *Annales des maladies de l'oreille et de larynx etc. Tome XXXV. No. 11.*

Die Behandlung der Ozaena mit submucösen Injectionen von Paraffin hat bei fast 1000 (! Ref.) Patienten Botey's dauernde, auch nach Jahren constatirte Heilung in 50 pCt. der Fälle herbeigeführt, die Uebrigen wurden zum Theil

auch noch ganz wesentlich gebessert. Botey hat die bekannte Spritze von Broeckaert modificirt, namentlich darin, dass er die für alle Naseninstrumente passende Abknickung angegeben hat. Vor der Paraffininjection empfiehlt er, die Mucosa vom Knorpel durch eine subcutane Injection von Wasser abzuheben, wodurch die Einbettung des Paraffins erleichtert werden soll. LAUTMANN.

38) **Zimmern** und **Gendreau** (Paris). **Resultate der Behandlung der Ozaena mit hochfrequenten Strömen. (Résultats éloignés du traitement de l'ozène par la haute fréquence.)** *Société de l'Internat. des Hôpitaux. 27. November 1909.*

Nach sorgfältiger Reinigung der Nase lässt man mittels besonderer Elektroden die Funken auf die erkrankte Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung einwirken. Auf diese Maassnahmen folgt vorübergehende Hydrorrhoe und Thränenfluss. Von 19 Kranken wurden bei 16 nach einer Anzahl Sitzungen, die zwischen 10 und 29 schwankt, erreicht, dass der Foetor und die periorbitalen Schmerzen aufhörten, und die Borken, die sich viel leichter ablösten, erheblich weniger wurden. Bei zwei Patienten ist der Foetor ungefähr einen Monat nach Aussetzen der Behandlung wieder aufgetreten. GONTIER de la ROCHE.

39) **J. G. Wilson. Chirurgische Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Surgical treatment of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Die chirurgische Behandlung besteht in der Entfernung eines Theiles der mittleren Muschel und Curettage der Siebbeinzellen auf der erkrankten Seite.

LEFFERTS.

40) **H. Sommer** (Dresden). **Zur Tuberculose der Hypophyse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 355. 1909.*

S. kennt 3 Fälle von Tuberculose der Hypophyse und fügt diesen 3 Fällen eine weitere eigene Beobachtung hinzu: Bei der 48jährigen Frau war die Diagnose auf Tumor der Schädelbasis gestellt worden. Bei der Section fand sich eine eitrige tuberculöse Einschmelzung der Hypophyse, Tuberculose des Keilbeins und beginnende Tuberculose der Meningen.

Die Erkrankung hatte vom Beginn der Kopfschmerzen an bis zur letalen Meningitis etwa ein halbes Jahr gedauert. Akromegalie, bitemporale Hemianopsie und Neuritis optica fehlten; dagegen bestand eine linksseitige Abducensparese. Da man die Diagnose auf Hypophysentumor nicht stellen konnte, war eine Röntgenaufnahme unterblieben. Auch für die Tuberculose des Keilbeins fehlten bei Lebzeiten sichere Zeichen. OPPIKOFER.

41) **Smoler** (Olmütz). **Zur Operation der Hypophysentumoren auf nasalem Wege.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1909.*

Infolge profuser Blutung musse die Operation, trotzdem man schon am Tumor war, abgebrochen werden. Die Patientin erlag einer Aspirationspneumonie. S. räth, künftig die präliminare Tracheotomie mit Einlegen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle vorzunehmen. CHIARI.

42) **Dopter. Untersuchung der Nasenhöhle auf Meningokokken. (Search for the Meningococcus in the nasal fossa.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

Die Untersuchung muss auch auf den Nasenrachen ausgedehnt werden, und zwar genügt die directe mikroskopische Untersuchung des Nasenrachenschleims nicht, weil im Nasenrachen gesunder und kranker Personen sich Organismen finden, die den Meningokokken sehr ähnlich sind. Auch das morphologische Aussehen eines dieser durch Cultur isolirten Keime ist nicht maassgebend. Zwei Proben machen erst die Diagnose sicher: die Zuckerfermentation und die Agglutination durch ein specifisches Serum.

LEFFERTS.

43) **Vincent** und **Bellot. Die Meningokokkenträger und die Prophylaxe der Meningitis cerebro-spinalis durch Desinfection des Nasenrachens. (Les porteurs de meningocoques et la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale par la désinfection du naso-pharynx.)** *Société Médicale des hôpitaux. 16. Juli 1909.*

Die Autoren haben feststellen können, dass im Nasenrachen solcher Personen, die eine Meningitis haben, sowie bei solchen, die mit ihnen in Berührung kamen, Meningokokken persistirten. Sie empfehlen zur Desinfection des Nasenrachens als sehr wirksam die Aspiration von Joddämpfen.

GONTIER de la ROCHE.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Edmund A. Babler. Ursachen von Misserfolgen bei der Behandlung des Lippenkrebses. (Causes of failure in treatment of cancer of the lip.)** *Journal American Medical Journal. 8. Januar 1910.*

Die Ursachen sind: zu späte Erkennung der Krankheit, Ablehnung frühzeitiger Operation und mangelhafte operative Technik. „Fissuren" oder „Sprünge" an der Lippe bei Patienten über 30 Jahre sollten nicht mit Pasten etc. behandelt, sondern excidirt und mikroskopisch untersucht werden.

EMIL MAYER.

45) **Löblowitz** (Olmütz). **Ulcus neuroticum mucosae oris (chronische Aphthen).** *Archiv f. Dermatol. Bd. 102. 1910.*

Die betreffende Affection beobachtete L. bei den Mitgliedern einer grossen Familie, hauptsächlich bei den weiblichen Personen. Er fasst das Ulcus neuroticum (Ulcus aphthosum chronicum) als eine neurotische Schleimhautgangrän im Sinne der neurotischen Hautgangrän Kreibich's auf; der Process stellt eine Bereicherung der Zahl der von diesem als auf angioneurotischer Grundlage beruhenden Hautaffectionen (Herpes simplex, Herpes zoster, Urticaria, Prurigo etc.) dar.

SEIFERT.

46) **Schleifstein. Ein Fall von Morbus Werlhoffi. (Przypadek choroby Verlhofa.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Bei dem Kranken pflegten seit 8 Jahren in mehrwöchentlichen Abständen blutige Sugillationen, nur auf die Mund- und Rachenhöhle beschränkt, zu entstehen. Der Kranke ist Vegetarier. Als Ursache der Krankheit nimmt Verf. Morbus Werlhofii an.

A. v. SOKOLOWSKI.

47) **W. R. Woodbury. Infectiöse Erkrankung des Mundes. (Infections diseases of the mouth.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. Januar 1910.*

Pneumokokken finden sich in der Mundhöhle anscheinend gesunder Personen; diese Keime werden virulent unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen, wie bei Masern.

Besonders bei tuberculösen Individuen ist der Mund- und Zahnpflege grosse Sorgfalt beizumessen.

EMIL MAYER.

48) **Jacques** (Nancy). **Pathogenie und Behandlung der Angina Ludovici. (Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft vom Jahre 1909, in welcher darüber berichtet wurde.

PARMENTIER.

49) **J. Broeckaert** (Gent). **Voluminöse Dermoidcyste des Bodens der Mundhöhle. Exstirpation auf intrabuccalem Wege. (Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche. Extirpation par la voie intrabuccale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Zwei Versuche von aussen her waren in diesem Falle fehlgeschlagen, um den Kranken von seiner Geschwulst zu befreien; dem Autor gelang dies vom Munde aus; er nimmt daher keinen Anstand, die Exstirpation vom Munde aus als Methode der Wahl zu adoptiren.

PARMENTIER.

50) **R. Fraenkel** (Wien). **Beiträge zur Kenntniss der Mundpflege.** *Die Heilkunde. Mai 1910.*

Perhydrolmundwasser färbt die Zähne gar nicht, bleicht sie im Gegentheil und wird in seiner Wirksamkeit durch kein anderes Mundwasser nur annähernd erreicht.

SEIFERT.

51) **P. Lereboullet. Nekrotische Angina und Perforation des Gaumens bei Scharlach. (Necrotic angines and perforations of the palate in scarlatina.)** *N. Y. Medical Record. 1909.*

Mittheilung von 5 Fällen von Perforation des weichen Gaumens bei Scharlach. Die meisten derartigen Fälle verlaufen tödtlich, die Patienten des Autors jedoch genasen alle. Im Allgemeinen werden Kinder unter 5 Jahren betroffen. Zuerst bedeckt eine Membran, die an Diphtherie erinnert, die Tonsillen und Gaumenbögen; in dieser Membran werden jedoch keine Diphtheriebacillen, sondern nur Streptokokken gefunden. Die Drüsen sind bisweilen nicht geschwollen, der Allgemeinzustand ist schlecht. Der Kehlkopf ist nicht mit ergriffen, wohl dagegen bisweilen die Nase. Hohes Fieber. Dieser Zustand bleibt einige Tage bestehen, dann treten rapide Veränderungen auf. Die Tonsillen nekrotisiren und der weiche Gaumen wird perforirt, während die Membran verschwindet; keine Deglutitions- oder Sprachbeschwerden. Tritt nicht der Tod ein, so geschieht die Wiederherstellung schnell. Verf. glaubt, dass der Zustand durch die Streptokokken hervorgerufen wird.

EMIL MAYER.

52) **Lubliner. Demonstration eines Falles von Staphylorrhaphie. (Przypadek stafilorafii.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Es wurde ein Fall von Staphylorrhaphie demonstrirt, bei dem dem Kranken unter Chloroformnarkose mittels des Langgraf'schen Löffels vier Nähte angelegt worden sind.

A. v. SOKOLOWSKI.

53) **Thomas Fiaschi. Fall von Borphy'scher Operation wegen completer Gaumenspalte; Resultat sieben Jahre danach. (Case of Borphy's Operation for complete cleft palate. Result seven years after.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Januar 1910.*

Das Kind war bei der Operation einen Monat alt. Der harte Gaumen ist heute vollständig und fest geschlossen; das Kind articulirt und isst gut.

J. A. BRADY.

54) **John O. Roe. Eine neue plastische Operation zur Beseitigung von narbigen Verwachsungen des Gaumens und der Rachenwand. (A new plastic operation for the relief of cicatricial palato-pharyngeal adhesions.)** *N. Y. State Journal of Medicine. Juli 1909.*

Die Operation wurde bei einem Patienten vorgenommen, bei dem infolge einer ausgedehnten Zerreissung des weichen Gaumens bei einer Tonsillectomie eine so feste und ausgedehnte Verwachsung sich gebildet hatte, dass der ganze Nasenrachen verschlossen war.

Es wurde ein Lappen von der Innenfläche der Wange nach dem Unterkiefer gebildet und dieser mit dem weichen Gaumen vereinigt. Verf. giebt eine detaillirte Schilderung der Operation, deren Resultat ein ausgezeichnetes war.

EMIL MAYER.

55) **Gratia. Endotheliom des Gaumensegels; praeauriculäres Endotheliom. (Endotheliome du voile du palais; Endotheliome préauriculaire.)** *La Clinique. 12. Februar 1910.*

Der erste Tumor sass auf dem Gaumensegel eines 20jährigen jungen Mädchens; der zweite kam bei einer 24jährigen Frau zur Beobachtung.

Mikroskopische Untersuchung: Gegen die Diagnose „Krebs", die man manchmal bei diesen Tumoren stellt, spricht das jugendliche Alter der Individuen, die langsame Entwickelung der Geschwulst, ihr Eingekapseltsein, ihre Gutartigkeit, die Abwesenheit von Schmerzen, Drüsenmetastasen und Recidiv.

PARMENTIER.

56) **H. Gaudier** (Lille). **Lipom des Gaumensegels. (Lipome du voile du palais.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Gelegentlich eines vom Autor beobachteten und operirten Falles giebt derselbe eine kleine Abhandlung über diese Art von Tumoren und bespricht die wenigen bekannten Fälle.

PARMENTIER.

57) **William C. Braislin. Eine Studie über einige Abgüsse des infantilen Pharynx mit besonderer Berücksichtigung der Tuba Eustachii. (A study of some casts of the infantile Pharynx with special reference to the Eustachian tube.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910.*

1. Der Nasenrachen der Neugeborenen ist niedrig, breit und verhältniss-

mässig lang. Seine Flachheit ist bedingt durch den unentwickelten Zustand der Knochen des Schädels, des Gesichts und hauptsächlich der Halswirbel, der Processus pterygoidei, der Gaumenbeine, der Gaumenfortsätze des Oberkiefers und des Vomer.

2. Die geringere Entwickelung der Nasenhöhlen kann es bedingen, dass dem Pharynx eine grössere respiratorische Bedeutung übertragen wird. Das ist vielleicht — wenigstens theilweise — der Grund, warum das lymphatische Rachengewebe beim Kind leichter hypertrophirt, als beim Erwachsenen. Mit vorschreitendem Alter ist das Wachsthum der Schädel- und Gesichtsknochen ein sehr schnelles und die Wölbung des Nasenrachens wird höher.

3. Die Besonderheit der Structur das Nasenrachens beim kleinen Kinde bedingt ein etwas modificirtes Verfahren bei der Entfernung der Rachentonsille. Bei Kindern von 2—3 Jahren oder noch jüngeren ist die Adenoidenzange selten anwendbar; bei Kindern unter 5 Jahren ist die Gottstein'sche Curette oder eine ihrer Modificationen vorzuziehen.

EMIL MAYER.

58) **Lee Maidment Hurd. Pemphigus des Pharynx. Bericht über einen Fall. (Pemphigus of the throat. Report of a case.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Der Fall betrifft eine 33jährige Frau. Ungefähr vor 5 Jahren bemerkte sie in unregelmässigen Intervallen eine Halsentzündung mit Verlust des Appetits; bei einigen Anfällen bestand auch Dysphagie. Vor einem Jahre trat eine Erkrankung der Conjunctiva des linken Auges auf. Man fand ein oberflächliches mit einem weissen Exsudat bedecktes Geschwür an der hinteren Rachenwand; zwei Tage später entdeckte man Blasen auf dem Velum und der Zungenbasis. Im Laufe eines Jahres trat Verlust des Sehvermögens auf, während der Zustand im Rachen unverändert blieb. Die äussere Haut war nicht befallen.

EMIL MAYER.

59) **K. Smith. Polypoider Tumor des Pharynx als Respirationshinderniss. (Polypoid tumor of pharynx obstructing respiration.)** *Journal of the University of Sidney Medical Society. November 1909.*

Patient, ein 10jähriger Knabe, wurde mit einer Tracheotomiecanüle in das Krankenhaus aufgenommen; entfernte man die Canüle, so war die Athmung erschwert. Mit dem Finger konnte man eine grosse Tumormasse fühlen, die der rechten Seite der Pharynxwand aufsass. Es wurde die Pharyngotomia suprahyoidea gemacht und man fand an der rechten seitlichen Pharynxwand einen gestielten Tumor aufsitzen, der auf dem Larynxeingang ruhte. Der Tumor war ca. 5 cm lang und 2,5 cm breit. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als ein Endotheliom von sarkomatösem Typus.

A. J. BRADY.

60) **Jacques. Vereinfachte Exstirpation von Epitheliomen des Isthmus faucium. (Simplified exstirpation of epithelioma of the isthmus of the fauces.)** *N. Y. Medical Journal. 31. Juli 1909.*

Verf. berichtet über vier Fälle; es handelte sich stets um ältere Personen mit Carcinomen in vorgeschrittenerem Stadium. Im ersten Fall war nach 2 Jahren

kein Recidiv; zwei Patienten starben aus anderen Ursachen, der vierte ist erst vor 1/2 Jahr operirt worden und befindet sich gut.

Verf. beschreibt seine Operationsmethode; er exstirpirt den Tumor nicht durch Incision von aussen, sondern in die Schleimhaut.

LEFFERTS.

61) **Nager** (Zürich). **Demonstration einiger Fälle von seltener Rachenerkrankung.** (Gesellschaft der Aerzte in Zürich.) *Autoreferat. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. No. 13. 1910.*

a) Seltener Fall von Tuberculom der Epiglottis. An Stelle derselben wallnussgrosser, derber, grobhöckeriger Tumor mit tiefen Einkerbungen und oberflächlichen Erosionen. Die Seitenstränge des Rachens zeigen sich als erhabene angefressene, granulirende Schleimhautwucherungen. In der Nase lupöses Geschwür vorn am Septum. Therapie: Abtragung des Tuberculoms mittels Glühschlingen und der Seitenstränge des Rachens mit Doppelcurette. Curettirung des lupösen Nasengeschwürs. Aetzung mit Trichloressigsäuse. Heilung langsam, aber glatt.

b) Vier interessante Fälle von hereditärer Spätsyphilis mit besonderer Betheiligung des Nasenrachenraumes, der narbig bis auf bleistiftdicke Fisteln verengt ist. Starke Deformationen der Epiglottis, Gummi der Nasenwurzel, Sattelnase; bei allen die Hutchinson'sche Trias. Alle reagiren noch gut auf leichte Gaben von Jodkalium da, wo die Zerstörung und Narbencontraction noch nicht abgelaufen ist. Drei Fälle betrafen Kinder von 12—17 Jahren und der vierte eine 41jährige Frau. Alle Fälle sind traurige Beispiele von der überall noch bestehenden volkshygienischen Uncultur inmitten der höchsten Civilisation!

JONQUIÈRE.

d. Diphtherie und Croup.

62) **Politi. Ueber Sereprophylaxe bei einer Diphtherieepidemie. (Della sieroprofilassi antitossica in un'epidemia di difterite.)** *Il Policlinico Sez. pratica. No. 29. 1909.*

In einer kleinen Gemeinde von 700 Einwohnern trat eine Diphtherieepidemie auf, bei der 59 Personen erkrankten. Verf. spritzte prophylaktisch 90 Kinder mit Serum von 300 I.-E. In dem folgenden Monat erkrankte von diesen Kindern keines, von den nicht gespritzten 11, in der Folge erkrankten von den gespritzten Kindern 15, von den nicht gespritzten 25. Unter den 15 Kindern, bei denen die Immunität nicht über einen Monat hinausreichte, traten schwere Fälle von Diphtherie nicht auf, während bei den nicht prophylaktisch behandelten zwei Fälle von Croup und eine recht schwere Angina zu verzeichnen waren. Bei den Kindern, bei denen Verf. die Injection in einem Zwischenraum von 1, 2, 5 Monaten nach der ersten Injection wiederholen konnte, trat keine Erkrankung auf.

Irgend welche unangenehmen Erscheinungen traten weder bei den zu Heilzwecken noch bei den zur Prophylaxe gemachten Injectionen auf.

FINDER.

63) **E. Maher Sill. Eine Studie über Diphtherie bei Kindern auf Grund der Behandlung von 800 Fällen. (A study of diphtheria in children based on the treatment of eight hundred cases.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1910.*

Die Erfahrungen des Verf.'s lehren, dass man das Antitoxin in grossen Dosen geben soll. Er hat bei gewöhnlicher Rachendiphtherie 8000—10000 I.-E. gegeben ohne Ansehung des Alters, 5000—10000 I.E. bei Nasendiphtherie, 10000 bis 15000 I.-E. bei Croup. Trat keine Besserung ein, so wurde die Dosis in 8, 12 oder 24 Stunden wiederholt. Es ist nicht gerechtfertigt, das Resultat der bakteriologischen Untersuchung abzuwarten, vielmehr soll das Antitoxin in jedem klinisch verdächtigen Falle sofort gegeben werden. Die Mortalität in den 800 Fällen des Verf.'s war weniger als 1 pCt. und kein Todesfall betraf ein über 2 Jahre altes Kind.

EMIL MAYER.

64) **Wm. F. Waugh. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Practical Therapeutics. September 1909.*

Verf. empfiehlt, grosse Dosen von Calciumsulphit innerlich zu geben.

EMIL MAYER.

65) **Masbreurer** (Paris). **Intubation oder Tracheotomie bei Croup. (Tubage ou Trachéotomie dans le croup.)** *Société de l'Internat. des Hôpitaux. Paris, 24. Februar 1910.*

Verf. befürwortet die Intubation selbst für den Fall, dass das Kind nicht dauernd durch eine zuverlässige Person überwacht werden kann. Die Verstopfung ist bei Anwendung der Froin'schen Tube eine Ausnahme und der Faden gestattet die sofortige Entfernung der Tube.

GONTIER de la ROCHE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

66) **G. Bonanno. Ueber die Modificationen in der Structur der Kehlkopfknorpel in den verschiedenen Lebensaltern mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verknöcherung. (Sulle modificazioni di struttura delle cartilagini laringee nelle diverse età con speciale riguardo alla loro ossificazione.)** *Ricerche fatte nel laboratorio di Anatomia normale della R. Università di Roma. Vol. XIII. Fasc. 3—4.*

Im ersten Capitel beschäftigt sich Verf. mit den Neugeborenen; er vergleicht die mikroskopischen Schnitte der Kehlkopfknorpel mit denen von den Epiphysen der langen Röhrenknochen, die bei den Säuglingen ebenfalls noch aus Knorpel bestehen. Er findet, dass die Form der Knorpelzellen des Kehlkopfs von den Zellen der Epiphyse verschieden ist und giebt eine genaue Beschreibung von ihnen.

In einem zweiten Capital werden die Wandlungen der Structur im jugendlichen Alter beschrieben.

Das dritte Capitel ist den Vorgängen der Verkalkung und Verknöcherung gewidmet, die Verf. makroskopisch und mikroskopisch an Serienschnitten studirt hat.

FINDER.

67) **M. Scheier** (Berlin). **Zur Verknöcherung des menschlichen Kehlkopfes.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 279.*

Die Ossification des Kehlkopfes ist ein normaler physiologischer Vorgang und beginnt bei beiden Geschlechtern ungefähr um dieselbe Zeit.

Die ersten Verknöcherungspunkte in der Schildknorpelplatte treten bei beiden Geschlechtern meist im unteren Horn auf; von hier steigt die Ossification am hinteren Rande nach oben. Bei der weiteren Ausbreitung der Verknöcherung — darauf weist nun vorliegende Arbeit an der Hand von Röntgenogrammen ausdrücklich hin — zeigen sich aber bei den beiden Geschlechtern wesentliche Unterschiede.

Beim Mann rückt die Verknöcherung vom unteren Horn längs des unteren Randes der Platte nach vorn und vereinigt sich mit einem Knochenkern, der sich vorn nahe des Stimmbandansatzes am unteren Ende des Schildknorpelwinkels entwickelt hat.

Beim weiblichen Kehlkopf dagegen ist die Ossification viel weniger intensiv. allerdings geht die Verknöcherung ebenfalls am unteren Rande nach vorn, aber meist nur $1-1^1/_2$ cm. Es bleibt somit beim Weibe der vordere mediale Theil der Schildknorpelplatte knorpelig, auch im höheren Alter. So hat Sch. 24 weibliche Kehlköpfe, die mehr wie 40 Jahre alt waren, untersucht und fand nie den ganzen unteren Rand der Platte ossificirt.

Ein weiterer Unterschied in der Art der Ausbreitung der Ossification bei den beiden Geschlechtern zeigt sich auch in folgendem Punkte: Beim männlichen Kehlkopf entwickelt sich allmählich vom unteren ossificirten Rand der Schildknorpelplatte, ungefähr vom Tuberculum thyr. inf. aus, ein zungenförmiger Knochenzapfen nach oben, der nun die Schildknorpelplatte in zwei Theile theilt. Beim Weibe dagegen konnte Sch. diesen Knochenzapfen nie nachweisen, auch nicht bei Kehlköpfen höheren Alters (unter den 24 entwickelten Fällen findet sich ein Kehlkopf von 102 und einer von 101 Jahren).

Verf. kommt somit zum Schluss, dass aus der Art der Verknöcherungsgebiete im Schildknorpel nicht immer, aber doch sehr oft mit Leichtigkeit entschieden werden könne, ob es sich um einen männlichen oder weiblichen Kehlkopf handle.

OPPIKOFER.

68) **Jonathan Wright. Mikroskopische Diagnose intralaryngealer Geschwülste von einem practischen Standpunkt. (Microscopical diagnosis of intralaryngeal growths from a practical standpoint.)** *N. Y. Medical Record. 17. Juli 1909.*

Sowohl der Mikroskopiker wie der Kliniker können in der Beurtheilung einer Geschwulst als einer bösartigen irren. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass die histologische Structur keine unfehlbare Deutung zulässt; der Mikroskopiker kann nur sagen, dass in dem gegebenen Fall das Gewebe das Aussehen hat, das man gewöhnlich in den fatal verlaufenden Fällen findet; gerade bei den kleinen Tumoren der Stimmbänder kommt das Carcinom in einem Stadium zur Beobachtung, wie man es so früh histologisch selten zu sehen bekommt und gerade in

diesen Fällen steht das Urtheil des Mikroskopikers in Bezug auf die Prognose auf sehr schwachen Füssen.*) LEFFERTS.

69) **Mermod** (Lausanne). **Das Aufrichten der Epiglottis bei intralaryngealen Interventionen. (Le redressement de l'épiglotte dans les interventions endolaryngées.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1910.*

Der Autor giebt die Beschreibung eines von ihm zu diesem Zwerke ersonnenen Instruments, das ihm befriedigende Resultate giebt. PARMENTIER.

70) **M. A. Goldstein. Lipom des Kehlkopfs. (Lipoma of the larynx.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, bei der sich im Kehlkopf eine grosse, rundliche, blasse, gelblich-rosa Geschwulst fand, die die Glottis vollständig ausfüllte, aus dem linken Ventrikel hervorkam, das Taschenband nach oben drängte und beide Stimmlippen überlagerte. In den letzten Jahren klagte Patientin über Athemnoth, besonders bei Anstrengung und nervöser Erregung.

Die Geschwulst wurde endolaryngeal mit der Schlinge entfernt. Ihre mikroskopische Untersuchung (Wright) ergab, dass es sich um ein Lipom handelte.

Verf. hat aus der Literatur 12 Fälle zusammenstellen können.

EMIL MAYER.

71) **M. A. Goldstein** (St. Louis). **Lipom des Larynx.** (Aus dem Englischen übersetzt von Alexander Muczkat, Wien-Bad Reichenhall.) *Mit 8 Figuren. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 1 u. 2. 1910.*

Nach kritischer Erörterung der Aetiologie und Pathologie der Larynxlipome berichtet Autor in extenso über einen selbstbeobachteten und operirten Fall, dem er sämmtliche bis jetzt in der Literatur niedergelegten Fälle von Larynxlipomen — 12 an der Zahl — in extenso beifügt. HECHT.

72) **Cobos** (Sevilla). **Ein Fall von Riesenpapillem des Kehlkopfs. (Un caso de papilloma gigante de la laringe.)** *Revista de Medicina y Cirurgia Practricas. No. 7. 1909.*

Der Tumor wurde nach vorhergehender Tracheotomie auf endolaryngealem Wege entfernt. TAPIA.

73) **Jauquet** (Brüssel). **Ein Fall von generalisirtem Larynxpapillom, complicirt mit äusserem Krebs; Laryngotomie und Laryngostomie. (Un cas de papillome généralisé du larynx compliqué de carcinome extrinsèque; Laryngotomie et Laryngostomie.)** *La Clinique. 22. Januar 1910.*

Instructiver Fall: 1. durch das gleichzeitige Bestehen zweier Tumoren ver-

---

*) Anmerkung der Redaction. Es dürfte wohl nur wenig Laryngologen geben, die geneigt wären, sich die Ausführungen des rühmlichst bekannten und stets originellen und geistvollen amerikanischen Autors zu eigen zu machen. Ist es doch gerade das Miskroskop, das es uns in beginnenden, klinisch oft noch zweifelhaften Fällen ermöglicht, die Diagnose auf Carcinom zu stellen und uns so in den Stand setzt, frühzeitig die geeigneten Maassnahmen zu treffen, um dem fatalen Verlauf der Krankheit Einhalt zu thun. F.

schiedener Gewebsbildung und das durch ihren wechselseitigen Einfluss aufgeworfene Problem ihrer chronologischen Aufeinanderfolge; 2. bezüglich der Operation bestärkte er die Argumente der Anhänger der sofortigen Laryngostomie in den Fällen von generalisirten Papillomen. PARMENTIER.

74) **Guisez** (Paris). **Neue Fälle von Diagnosen mittels directer Laryngoskopie, die mit dem Spiegel nicht gestellt werden konnten.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 2. S. 569. 1910.*

Verf. erwähnt vorerst mehrere Fälle von multiplen Papillomen bei Kindern und 2 Fälle von Trachealstenose nach früherer Tracheotomie.

Bei einem weiteren Falle, bei einem 8 Monate alten Kinde ergab die Untersuchung mit dem Röhrenspatel normale Verhältnisse in Larynx und Trachea. Auf diesen negativen Befund hin wurde die Gottstein'sche Operation ausgeführt. Die schweren Athemstörungen schwanden.

Bei einem Erwachsenen, bei dem eine Untersuchung mit dem Larynxspiegel unmöglich war, konnte erst durch die directe Laryngoskopie das Larynxinnere übersehen und die Diagnose auf Epitheliom des einen Stimmbandes gestellt werden.

OPPIKOFER.

75) **W. G. Porter** (Edinburgh). **Fälle von Kehlkopftumor nebst Bemerkungen über die Technik ihrer Entfernung. (Cases of laryngeal tumor with remarks on the technique of their removal.)** *Edinburgh Medical Journal. März 1910.*

Verf. beschreibt eine seltene von dem linken Ventriculus Morgagni ausgehende Geschwulst, die die Structur eines Angioms hatte. Da die Geschwulst sehr fest angeheftet war, so war es nur möglich, sie stückweise zu entfernen.

Ferner berichtet Verf. über 3 Fälle von Sängerknötchen und einen Fall von multiplen Papillomen.

Verf. verbreitet sich des längeren über Cocainisirung des Larynx mittels tropfenweiser Injection mit der Spritze. A. LOGAN TURNER.

76) **Allen Samuel. Die Rathsamkeit operativer Eingriffe bei malignen Kehlkopferkrankungen. (The advisability of operative interference in malignant disease of the larynx.)** *The Ohio State Medical Journal. 15. Mai 1909.*

Verf. giebt einen ausgezeichneten historischen Ueberblick, ohne etwas Neues hinzuzufügen. EMIL MAYER.

77) **Koschier** (Wien). **Zur operativen Therapie des Larynxcarcinoms.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1909.*

Mittheilung von 15 Fällen. K. operirt stets zweizeitig, wendet die Trendelenburg'sche Tamponcanüle (nicht zu gross!) an, unterbindet und durchschneidet einen etwa vergrösserten Isthmus der Schilddrüse (wegen späterer eventueller Blutung) und tamponirt mit einem dem Mikulicz'schen ähnlichen Tampon, den er niemals genöthigt war, vor dem 10. Tage zu entfernen. Nach einigen Bemerkungen über die phonetischen Resultate und die Verhütung von Schluckpneumonien giebt K. eine tabellarische Uebersicht seiner in 8 Jahren operirten 28 Fälle von Carcinom des Larynx resp. des Recessus piriformis. HANSZEL.

78) **O. Chiari** (Wien). **Ueber die Behandlung des Kehlkopfkrebses.** (Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung der American Laryngological, Rhinological and Otological Society am 3. Juni 1909 in Atlantic City.) *Wiener mea. Wochenschrift. No. 26 ff. 1909.*

Nach Besprechung der Bestrahlungstherapie, wobei namentlich die Röntgenbehandlung von inoperablen Carcinomen nach Spaltung des Larynx als zweckmässig erwähnt wird, plaidirt der Vortragende für möglichst frühzeitige und radicale Operation. Die Erfolge der Exstirpation des Larynxcarcinoms sind günstiger, als an anderen Körperstellen. Um einen Fall als geheilt zu bezeichnen, muss er mindestens 3 Jahre recidivfrei sein. Von den verschiedenen Arten des Larynxcarcinoms ist das verhornende Plattenepithel und das medulläre Carcinom das prognostisch ungünstigste. Es werden nun die Operationsarten detaillirt besprochen, und zwar die intralaryngeale Exstirpation, die Thyreotomie, die partielle und totale Entfernung des Larynx, sowie die Pharyngotomia subhyoidea, transhyoidea, suprahyoidea und lateralis, jede einzeln mit allgemeinen und persönlichen statistischen Tabellen. HANSZEL.

79) **J. Landström. Fall von totaler Exstirpation des Schlundes und Kehlkopfes wegen Sarcoma mit Demonstration des Patienten. (Fall af total Exstirpation af svaly och strupnasond för sarkom med förevisning af patienten.)** (Verhandlungen der Schwedischen Gesellschaft der Aerzte vom 28. September 1909.) *Hygiea. October 1909.*

44jähriger Mann, der vor 3—4 Monaten plötzlich heiser wurde; keine Schluckbeschwerden, dagegen intensive Schmerzen in der Gegend der Gaumenmandeln; sonst keine subjectiven Symptome. Larynx nach links verschoben, rechts unmittelbar unter dem Os hyoideum ein mässig fester Tumor; keine Drüsenanschwellungen palpabel. Bei der Laryngoskopie wurde neben der Verschiebung des Kehlkopfes nach links ein wallnussgrosser Tumor im rechten Sinus piriformis constatirt, der in den Introitus laryngis hineinragte. Die Diagnose wurde nach Probeexcision festgestellt. Patient wurde am 28. August hauptsächlich nach Gluck operirt und war nach einem Monat geheilt. E. STANGENBERG.

80) **J. Akerman. Totalexstirpation des Larynx und der linken Seite des Pharynx wegen Carcinom. Heilung.** (Verhandlungen der Schwedischen Gesellsch. der Aerzte.) *Hygiea. No. 5. Mai 1909.*

39jähriger Mann; seit September 1908 Schluckbeschwerden und etwas später Heiserkeit. Anfangs 1909 wurde Anschwellung der linken Hälfte des Kehlkopfes constatirt; im Hypopharynx links ein ulcerirter Tumor, der den Kehldeckel, die Zungenbasis, die Plica ary-epiglottica und Introitus laryngis einnahm. Operation am 27. Februar 1909 (das obere Ende der Luftröhre wurde im unteren Wundwinkel festgenäht) und am 8. April konnte der Patient Speisen schlucken und wurde bald darauf als geheilt entlassen. E. STANGENBERG.

81) **George E. Brewer. Die Behandlung des Kehlkopfkrebses vom Standpunkt des allgemeinen Chirurgen. (The treatment of cancer of the larynx from the point of view of the general surgeon.)** *N. Y. Medical Record. 17. Juli 1909. The Laryngoscope. August 1909.*

Verf. bespricht 1. die intralaryngeale Methode, die er verwirft, 2. die Laryngofissur, 3. die partielle und totale Laryngectomie.

Verf. hat 16 mal die Thyreotomie gemacht mit 1 Todesfall; von diesen 16 Fällen betrafen nur 7 zweifelloses Carcinom. Die Totalexstirpation hat er 11 mal gemacht; 5 von diesen Fällen gingen an der Operation zu Grunde und 6 genasen.

LEFFERTS.

82) **George E. Brewer. Die operative Behandlung des Kehlkopfkrebsec. (The operative treatment of cancer of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1909.*

Verf. giebt eine detaillirte Schilderung der von ihm befolgten Technik der Totalexstirpation, die er in zwei Zeiten macht: 1. Tiefe Tracheotomie, 2. 10 Tage später die Totalexstirpation in Chloroformnarkose.

LEFFERTS.

83) **George E. Brewer. Excision des Kehlkopfes wegen maligner Erkrankung. (Excision of the larynx for malignant disease.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juli 1909.*

84) **Roswell Park. Dasselbe.** *Ebendas.*

85) **James Bell. Dasselbe.** *Ebendas.*

86) **George E. Crile. Dasselbe.** *Ebendas.*

87 **N. B. Carson. Dasselbe.** *Ebendas.*

Brewer führt folgende Gefahren der Exstirpation an: 1. Aspirationspneumonie. 2. Ausbreitung der Infection nach unten längs der Halsmuskeln und Fascien bis in das Mediastinum. 3. Zu lange Entziehung der Nahrung bei alten Personen mit schlechtem Allgemeinstatus. Es soll möglichst bald nach der Operation concentrirte Nahrung durch ein Rohr eingegossen werden, das durch die Nase in den Oesophagus eingeführt wird.

Park hat seine erste Larynxexstirpation vor 24 Jahren gemacht; der Patient starb, und zwar, wie Verf. glaubte, an Jodoformvergiftung. In einem späteren Falle wandte er Bismuth. subnitr. an. Auch dieser Patient starb. Bei der Autopsie fand man die Wände der Bronchien mit Wismuth verschmiert; dies hatte eine Art Paste gebildet und der Patient war an Asphyxie gestorben.

Bell berichtet über 12 Laryngectomien. Partielle Exstirpation giebt nach seinen Erfahrungen kein günstiges Resultat. Von den 12 Fällen genasen 7.

Crile verfügt über 20 Totalexstirpationen. Von den ersten 8 Fällen verliefen 2 unmittelbar tödtlich. Die Endresultate waren unbefriedigend. Der älteste Patient lebte 15—16 Jahre nach der Operation, ein anderer 5, einer 4 und einer 3 Jahre; bei den übrigen ist seit der Operation zu kurze Zeit verflossen, als dass man ein Urtheil abgeben könnte.

Carson berichtet über 5 Totalexstirpationen. Verf. verwendet die Anästhesie vom Rectum aus.

LEFFERTS.

88) **Lazarraga** (Malaga). **Zwei Totalexstirpationen des Kehlkopfs in Localanästhesie. (Dos estirpaciones totales de la laringe con anestesia local.)** *Revista de Medicina y Cirugia prácticas. No. 1075. 1909.*

I. 50jähriger Mann. Kehlkopfkrebs und Kropf. Erste Sitzung: Exstirpation des Kropfes und Annähung der Trachea an die Haut des Halses. Zweite Sitzung: Exstirpation des Larynx. Heilung.

II. 70jähriger Patient. Epitheliom der Stimmbänder und des Vestibulum ohne Drüsenschwellung. Erste Sitzung: Annähung der Trachea an die Haut. Zweite Sitzung einen Monat später: Totalexstirpation des Kehlkopfes. Heilung.

TAPIA.

89) **F. Pick. Tracheosklerom.** (Wissenschaftl. Gesellschaft Deutscher Aerzte in Böhmen. Sitzung vom 10. December 1909). *Wiener klin. Wochenschrift. No. 1. 1910.*

Impfversuch mit einem Rhinosklerombacillenpräparat nach Art der Pirquet'schen Versuche. Negatives Resultat.

HANSZEL.

90) **Peters** (Brünn). **Zur Kenntniss des Skleroms und der Osteome der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 45. 1909.*

Mittheilung eines Falles von primärem Sklerom des Larynx und der Trachea, wobei besonders auf die Genese der beim Sklerom bereits mehrfach beobachteten „Ecchondrosen“- und „Exostosen“bildungen der Trachea näher eingegangen wird.

CHIARI.

91) **Harold S. Muchleston. Ueber sogenannte „multiple Osteome“ der Trachealschleimhaut. (On so-called „multiple osteomata“ of the tracheal mucous membrane.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Es handelt sich um eine abnorme Bildung von Knorpel und Knochen in der Schleimhaut der Trachea. Die Affection macht selten Symptome und wird meist post mortem gefunden. Verf. erklärt die Excrescenzen als von versprengtem embryonalen Perichondrium herstammend, das später in seiner abnormen Lage zu activem Wachsthum gelangt ist. Er bezeichnet die Knorpelneubildungen als Enchondrome. Wenn es auch nicht bewiesen werden kann, so ist es doch wahrscheinlich, dass alle Excrescenzen zuerst aus Knorpel bestanden und später erst eine Umwandlung in Knochen erlitten. Aus sorgfältiger Untersuchung seiner eigenen Schnitte glaubt Verf. folgern zu können, dass diese Verknöcherung nicht die gewöhnliche enchondrale Form ist, sondern eine wirkliche Metaplasie von Knorpel in Knochen.

EMIL MAYER.

92) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Primärer Cancer tracheae, nebst Mittheilung eines durch Resectio tracheae geheilten Falles.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 18. 1909.*

Verf. ergänzt die von Bruns im Jahre 1898 gegebene Zusammenstellung der Fälle von primärem Luftröhrenkrebs (28) auf 40 Fälle, von denen der letzte ein eigener beobachteter Fall ist.

Die Geschwulst wurde mittels circulärer Resection der Trachea in einer Ausdehnung von $5^1/_2$ cm exstirpirt. Die Patientin musste, weil eine glatte Verwachsung der Wundränder nicht zu Stande kam, mit permanenter Trachealcanüle entlassen werden; 6 Jahre nach der Operation befindet sich Patientin wohl.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

f. Schilddrüse.

93) **Isenschmid** (Bern). **Eine Flimmerepithelcyste in der Schilddrüse.** (Aus dem pathologischen Institut von Bern.) *Virchow's Archiv. 1910.*

Diese Cyste konnte abstammen: 1. vom Respirationstractus, 2. vom Ductus thyreoglossus, 3. von der Kiementasche.

Der auffallende Reichthum an elastischen Elementen und ihre charakteristische Anordnung, die genau dem Verhalten der elastischen Fasern in der Schleimhaut der Trachea und der Bronchien entspricht, machte die Abstammung der Cyste vom Respirationstractus schon gewiss. Für diese spricht auch die Nähe der Trachea, mit der eine Communication bestanden haben mag. Auch eine kleine Knorpelschichte der Cystenwand mit ihrem Netz von feinsten elastischen Fasern und die Schleimdrüsen stimmen so genau mit den Gebilden des Athmungsrohres überein, dass man dieses Gebilde als den Mutterboden dieses Unicums einer Flimmerepithelcyste im Schilddrüsengewebe ansehen muss.

JONQUIÈRE.

94) **Isenschmid** (Bern). **Zur Kenntniss der menschlichen Schilddrüse im Kindesalter.** *Dissert. Bern 1910.*

Die Frage, die sich Verf. bei dieser gründlichen Arbeit stellte, lautet: „Zeigt die Structur der Schilddrüse im Kindesalter in Kropfgegenden irgend welche Besonderheiten, welche mit der Entstehung der endemischen Struma zusammenhängen?"

Zur Beantwortung derselben untersuchte er 100 Schilddrüsen, von denen 39 aus dem kropfarmen Norddeutschland, 61 aus Bern stammten. Diese Schilddrüsen gehörten Kindern von 0,5 bis 15 Jahren an.

Der auffallendste äussere Unterschied, dass Schilddrüsen aus Kropfgegenden bedeutend grösser sind, als diejenigen aus kropfarmen Gegenden, zeigt sich nach Hesselberg schon in den späteren Fötalmonaten und bei der Geburt. I. fand bei allen Kindern über 6 Monate die Schilddrüsen aus Kropfgegenden weit über das Doppelte, ja theilweise $2^1/_2$ mal so schwer, wie diejenigen aus kropffreien Gegenden.

Der Hauptunterschied im Bau war für das Alter von 12—15 Jahren die viel bedeutendere Grösse der Drüsenbläschen bis zum Dreifachen bei Kindern aus kropfarmen Gegenden, gegenüber Kindern aus Kropfgegenden.

Besondere Kleinheit der Follikel und grosse chromatinreiche Kerne, wie sie auch in Strumaknoten anzutreffen sind, finden sich gewöhnlich zusammen, besonders in Drüsen, die schon kleine Kropfknötchen enthalten. Die Desquamation ist in Bern häufiger, das Hyalin in den Lymphgefässen seltener, als in den norddeutschen Drüsen. Das Colloid ist im Allgemeinen dünnflüssig und enthält sowohl in Bern als in Kiel eine kleine Zahl rother Blutkörperchen.

Arteriosklerose der Schilddrüsenarterien tritt schon von den ersten Jahren an häufig auf, die höheren Stadien derselben viel häufiger in Bern als in Kiel.

Die Neubildung der Drüsenbläschen erfolgt theils durch Verdickung und Mehrschichtung des Epithels im Umfang der Bläschen, theils durch Bildung von leistenförmigen Vorsprüngen, die sich gegenseitig vereinigen.

Mit dem Alter des Kindes nehmen zu: das Gewicht der Drüse, die Grösse und Anzahl und der Colloidgehalt der Follikel, die Füllung der Lymphgefässe mit Hyalin und die Arteriosklerose; es nimmt ab die Höhe des Epithels, die Häufigkeit der Desquamation, die Stärke des Bindegewebes und die Blutfülle der Capillaren.

Acht mikroskopische Schnitte auf 3 Tafeln stellen die interessanten und wichtigen Forschungsergebnisse I.'s sehr deutlich dar. JONQUIÈRE.

95) **John Egerton Cannaday. Einige Bemerkungen über die chirurgische Behandlung des Kropfes. (Some remarks on the surgical treatment of goitre.)** *American Journal of Surgical. Januar 1910.*

Verf. hat — ausser bei sehr nervösen Patienten — meist in Localanästhesie operirt. Er beschreibt ausführlich sein Verfahren der Blutstillung.

EMIL MAYER.

96) **Arnd** (Bern). **Zur Technik der Kropfdislocation.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 22. 1910.*

Für den Chirurgen von Interesse. SEIFERT.

97) **Dumont** (Lausanne). **Recurrensläsionen bei Strumectomie.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 104. 1910.*

Bei 1148 Strumectomien kam es 16mal zu operativer Recurrensläsion, 9mal handelte es sich um Continuitätstrennungen, 7mal um leichtere Zerrungen oder Quetschungen des Nerven, die nur vorübergehender Natur waren. SEIFERT.

98) **Allen B. Kanavel. Der Werth der Thyreodectomie bei der Behandlung der katatonischen Dementia praecox. (The value of Thyroidectomy in the treatment of catatonic dementia praecox.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Verf. verfügt über 12 Fälle. In den alten Fällen wurde keinerlei Erfolg erzielt. Von drei im sogenannten günstigen Stadium operirten Fällen zeigten zwei temporäre Besserung. Die pathologische Untersuchung der Drüsen ergab keine Veränderung, die zu Gunsten der Diagnose einer „Thyreotoxicose" gesprochen hätte. LEFFERTS.

99) **Benj. F. Davis. Gumma der Schilddrüse. (Gumma of the thyroid.)** *Transactions of the Chicago Path. Soc. 18. August 1909.*

Patient klagte über Heiserkeit, Dyspnoe und Dysphagie. Vor 5 Jahren Infection mit Syphilis. Untersuchung des Kehlkopfs ergab eine Lähmung der Adductoren; Tracheotomie. Es fand sich ein Gummi der Schilddrüse, das sich augenscheinlich per contiguitatem vom Schildknorpel aus auf die Drüse fortgesetzt hatte. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

100) **C. D. Spivek. Ein ketzerisches Urtheil über einen klassischen Fall von Divertikel der Speiseröhre. (Iconoclastic revision of a classical case fo diverculum of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1910.*

Verf. giebt die Krankengeschichte eines in allen Lehrbüchern als ein klassischer Fall von Speiseröhrendiverkel angeführten Falles von Bychowsky. Verf. bekam den Patienten 14 Jahre später als Bychowsky in Beobachtung und es stellte sich heraus, dass es sich um einen Spasmus und kein Divertikel handelte, was dann durch die Autopsie bestätigt wurde. EMIL MAYER.

101) **Benj. A. Thomas. Oesophagoskopie und Gastroskopie zur Diagnose. (Esophagoscopy and Gastroscopy in diagnosis.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. October 1909.*

Verf. bespricht die Vortheile der directen Untersuchung, besonders für die frühzeitige Diagnose des Carcinoms.

Für die Gastroskopie soll stets, für die Oesophagoskopie nur selten die allgemeine Narkose angewandt werden. Für Sonden, Münzenfänger etc. ist in der modernen Chirurgie kein Platz mehr. EMIL MAYER.

102) **Max Einhorn. Idiopathische Dilatation der Speiseröhre. (Idiopathic dilatation of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Januar 1910.*

Verf. giebt zunächst eine Beschreibung der Symptome: Es treten während des Essens Erstickungsanfälle auf und Patient muss grosse Mengen Wasser herunterschlucken, um Erleichterung zu bekommen. Während der Nacht tritt infolge davon, dass bei der liegenden Position Speiseröhreninhalt in den Mund zurückfliesst, Erbrechen auf, und zwar sind die erbrochenen Massen frei von Schleim.

Eine Stunde vor der Untersuchung trinkt der Patient etwas schwaren Kaffee und unmittelbar vor der Untersuchung ein Glas Wasser. Dann wird eine Magensonde circa 38 cm tief eingeführt, die durch sie herausgeheberte Flüssigkeit besteht aus reinem Wasser ohne Kaffeebeimengung; wird nun die Sonde 46 cm weit vorgeschoben, so erhält man Kaffee.

E. hat einen metallischen Dilatator mit Gummispitze angegeben.

EMIL MAYER.

103) **P. M. Hickey. Fremdkörper in der Speiseröhre und den unteren Luftwegen. (Foreign bodies in the oesophagus and lower air passages.)** *Journal Michigan State Medical Society. Januar 1910.*

Verf. theilt 7 Fremdkörperfälle der Speiseröhre mit (6 Münzen und 1 Knopf). Einer der Patienten starb an Bronchopneumonie nach den Extractionsversuchen, in einem Falle wurde der Oesophagus durch eine Incision von aussen freigelegt und durch äussere Manipulationen der Fremdkörper nach unten in den Magen gestossen. In zwei Fällen wurden die Münzen mit Hülfe der Oesophagoskopie entfernt. In einem Falle trat 48 Stunden nach der glücklichen Entfernung des Fremdkörpers Dyspnoe auf, die die Intubation nöthig machte.

Verf. berichtet ferner über einen Fall, in dem eine geschlossene Sicherheitsnadel aus dem rechten Bronchus mittels eines grossen Magneten in die Trachea befördert und von dort entfernt wurde. EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Patrick Watson Williams. Rhinology. A text book of diseases of the nose and the nasal accessory sinuses. Longmans, Green & Co. London.

Das Buch ist in 14 Capitel getheilt. In einem Anhang sind eine Anzahl von Receptformeln abgedruckt, wie sie der Verf. in seiner Praxis anwendet; auch ist eine kurze Anweisung zur Ausführung von Sectionen der Nasenhöhle gegeben. Das Buch ist reich illustrirt. Eine Besonderheit stellen die ganz ausgezeichneten stereoskopischen Tafeln zur Erläuterung der anatomischen Verhältnisse dar.

Capitel I handelt von der Untersuchung der Nasenhöhle; es ist gut und anschaulich. Verf. empfiehlt für die Rhinoskopia posterior besonders Dan Mackenzie's Convexspiegel.

Capitel II giebt einen ausgezeichneten Ueberblick über die Anatomie und Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Referent hat den Eindruck, als ob Verf. dazu neigt die Bedeutung der Nasenathmung etwas zu überschätzen, wenngleich er damit nur der modernen Anschauung Rechnung trägt. Auch scheint es, dass Capitel I und II zweckmässig ihre Reihenfolge geändert hätten.

In Capitel III werden acuter und chronischer Nasenkatarrh, purulente Rhinitis, Rhinitis hyperplastica und atrophicans behandelt, ebenso Nasendiphtherie, Rhinitis fibrinosa, caseosa, ferner Xanthose, Furunkel und Abscess des Naseneingangs. Die Classification der Rhinitiden halten wir nicht für glücklich, und eine nochmalige Eintheilung des chronischen Nasenkatarrhs in chronischen und hypertrophischen Katarrh scheint durch die klinische Erfahrung nicht für gerechtfertigt. Oft finden wir die „strumöse“ Diathese erwähnt. Ich möchte fragen: Was ist das vom Standpunkt der modernen Medicin betrachtet? Wir vermissen eine Andeutung des Zusammenhangs zwischen Tuberculose und atrophischen Katarrh, wenn auch die Angabe des Verf., dass die Ozaenakranken sich im Allgemeinen einer guten Gesundheit erfreuen, mit unseren Erfahrungen übereinstimmt.

Capitel IV enthält eine sehr gute Schilderung der Nasensyphilis. Bei der Tuberculose werden Schmerzen und Foetor als hervorstechende Symptome erwähnt: vom Lupus wird gesagt, dass er sehr selten sei ausser bei gleichzeitig bestehender Erkrankung der äusseren Haut — Angaben, die mit den Erfahrungen des Referenten nicht in Uebereinstimmung stehen; den Schluss des Capitels bildet ein interessanter Abschnitt über „Henpuye“, eine auf Hyperostose der Nasenbeine beruhende Tropenerkrankung.

Capitel V handelt hauptsächlich von den adenoiden Vegetationen, enthält aber auch einiges über congenitale Stenose und Nasenrachenkatarrh.

In Capitel VI beschreibt Verf. die Geschwülste der Nase. Anstatt, wie Verf. räth, die Polypen mit der schneidenden Zange an ihrer Basis durchzuschneiden, zieht Referent vor, die Schlinge anzuwenden. Referent vermisst einen Hinweis auf

den einfachen Choanalpolypen, der nach neueren Angaben wenigstens in manchen Fällen seinen Ursprung in der Highmorshöhle haben soll. Er ist keineswegs davon überzeugt, dass die auf Seite 99 beschriebenen polypoiden Cysten gewöhnlich von der unteren Muschel ausgehen. Für die Entfernung der malignen Neubildungen beschreibt Verf. die osteoplastische Operation, wie er sie zur Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen angegeben hat.

Capitel VII enthält die Erkrankungen der Nasenscheidewand. Von den sogenannten idiopathischen Perforationen meint Verf., dass sie stets durch Staub verursacht werden. Bei der submucösen Resection räth Verf. zur Anlegung eines Schnittes auch auf der concaven Seite. Referent ist erfreut, zu sehen, dass beim Nasenbluten nicht empfohlen wird, die Patienten hinzulegen, worauf er stets hingewiesen hat. In diesem Capitel wäre ein genaueres Eingehen auf das habituelle Nasenbluten und seine Behandlung erwünscht gewesen.

Capitel VIII handelt von den Fremdkörpern, das treffliche Capitel IX von den äusseren Verunstaltungen der Nase, das interessante aber unvollständige Capitel X von den nasalen Neurosen.

Die übrigen Capitel behandeln die Erkrankungen der Nebenhöhlen, sie sind unseres Erachtens die besten des Buches.

Auf Seite 165 theilt Verf. die Sinusitiden in 1. latente, 2. manifeste, 3. offene und 4. alternirende. Etwas weiter theilt er sie in „offene" und „geschlossene", eine besser verständliche Eintheilung. Verf. beschreibt eine ingeniöse Zange zur Eröffnung der Highmorshöhle von der Nase aus; ferner eine Trephine zur radicalen Antrumoperation, mittelst deren er sowohl die Eröffnung der Fossa canina macht, als auch die Oeffnung von der Highmorshöhle in die Nase. Bei der Beschreibung ist es dem Referenten nicht deutlich geworden, wie die Trephine durch die Oeffnung in der Fossa canina eingeführt wird. Verf. sagt: „Ich mache einfach mit meiner Antrumtrephine eine sixpencegrosse Oeffnung in der Fossa canina, wobei das kreisförmige Knochenstück in der Trephine bleibt", und fährt dann, ohne irgend etwas über die Erweiterung dieser Oeffnung gesagt zu haben, in der Beschreibung folgendermaassen fort: „Dieselbe Trephine wird dann durch die Oeffnung in der Fossa canina eingeführt, bis sie gegen den Theil des unteren Nasenganges gedrückt wird, der entfernt werden soll." Auf Seite 232 beschreibt Verf. genau seine osteoplastische Methode zur Eröffnung der Stirnhöhle.

Nachdem Referent so einen Umriss vom Inhalt des Buches gegeben, möchte er dem Autor und dem Verleger sein Compliment aussprechen. Das Werk, das Sir Felix Semon gewidmet ist, trägt ein durchaus modernes Gepräge. Hervorgehoben sei auch, dass die Literaturangaben sich auf alle Nationen beziehen. Es dürfte von Vortheil sein, wenn die Verfasser deutscher Lehrbücher, die sich bei ihren Angaben so häufig auf die Literatur des eigenen Landes beschränken, sich daran ein Beispiel nähmen.

P. Mc. Bride.

---

b) 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association.
Boston, 31. Mai bis 2. Juni 1909.
(Fortsetzung und Schluss.)

Harmon Smith (New York): Ein Fall von Kehlkopfcarcinom, der 13 Jahre unter Beobachtung ist; Laryngeotomie.

Der Fall war ursprünglich unter Beobachtung von Gleitsmann, der seiner Zeit über ihn der Versammlung berichtet hat. Patient hatte ursprünglich einen weisslichen Tumor des Larynx; es sprach alles für Carcinom, obwohl die frühere mikroskopische Diagnose lautete: „Papilloma durum, wahrscheinlich maligne, möglicherweise carcinomatös". Pat. liess nichts mit sich vornehmen und entzog sich der Behandlung bis zum Jahre 1907. Kurze Zeit später constatirte der pathologische Anatom an einem neuen Präparat, dass der Tumor nun einen malignen Charakter angenommen hatte. Schliesslich wurde von George F. Brewer die Larynxexstirpation vorgenommen. Der Verlauf nach der Operation war normal. Man fand, dass der Kehlkopf ausgefüllt war von einer beweglichen Geschwulst, die fast von der ganzen rechten Seite ausging und hinten und vorne die Mittellinie nicht überschritt. Sie hatte eine weisse unregelmässige Oberfläche. Die Schnitte zeigten unter dem Mikroskop das Aussehen eines Plattenepithelkrebses; andere Schnitte zeigten ein durchaus verschiedenes Aussehen.

D. Bryson Delavan macht auf die Unzuverlässigkeit der älteren Statistiken über die chirurgischen Resultate bei Kehlkopfkrebs aufmerksam. Er ist der Ansicht, dass es für diese Erkrankungen Specialchirurgen geben müsse.

Chevalier Jackson theilt die Ansicht des Vorredners in Bezug auf die Statistiken. Es giebt Fälle, in denen der Operateur sagt: „Dieser Patient wird an seinem Kehlkopfkrebs sterben, aber wir wollen ihn jedenfalls der Uebung halber operiren", und diese Fälle gehen dann in die Statistiken über.

J. W. Gleitsmann (New York) erinnert daran, dass Sir Felix Semon über einen ähnlichen Fall berichtet hat; er hat ihn seiner Zeit auch auf den wahrscheinlich malignen Charakter des hier vorgestellten Falles hingewiesen, was sich jetzt also als richtig erwiesen hat.

J. Price-Brown (Toronto) berichtet über neue Fälle von Sarkom, die er seit Kurzem beobachtet hat, und referirt die früher der Gesellschaft mitgetheilten.

J. E. Logan (Kansas City) theilt seine Erfahrungen über Nasensarkom mit; er befürwortet die galvanokaustische Behandlung.

H. L. Swain (New Haven): Es ist möglich, die ganze laterale Nasenwand mit dem Sarkom mit ausgezeichnetem Resultat zu entfernen.

W. L. Ballenger (Chicago) verfügt über einen noch jetzt im besten Wohlsein lebenden Fall, den er vor 6 Jahren mit Zange und Messer operirt hat. Nasensarkome seien nicht so maligne, als die Sarkome anderer Körperregionen.

F. C. Cobb (Boston) macht darauf aufmerksam, wie schwer es ist, kleine Rundzellengeschwülste, die durch irgendwelchen Traumatismus verursacht sind, von Sarkomen zu unterscheiden.

T. Passmore Berens (New York): Primärer Krebs der Trachea.

B. hat in der Literatur 30 authentische Fälle gefunden. Sein Pat. war ein 55jähriger Mann. Die ersten Symptome bestanden in hartnäckigem Husten mit nachfolgender Dyspnoe. Beide Stimmlippen waren geröthet und verdickt; am zweiten Trachealring begann eine grauröthliche sammetartige Masse, die das Lumen der Trachea umgab und ungefähr auf ein Drittel des Normalen verengte. Pat. wurde in das Hospital aufgenommen und die Trachea vom Kehlkopf bis zum Sternum eröffnet; die Geschwulst erstreckte sich noch um ein Geringes tiefer; sie adhärirte den Ringen nicht und überschritt nicht die Trachea. Der Larynx war frei. In Anbetracht der Ausdehnung der Geschwulst war eine Resection der Trachea ausser Frage; die Geschwulst wurde durch Curettage entfernt und das Aussehen der Trachea darnach normal. Pat. starb 3 Wochen darnach an Lungenödem und Herzschwäche. Mikroskopische Diagnose: Cylinderzellencarcinom.

E. L. Shurly hat gesehen, dass ein ähnlicher Fall von dem pathologischen Anatom als Angiom diagnosticirt wurde. Der Pat. starb in Folge einer Hämorrhagie nach Curettage durch die Tracheotomiewunde.

Otto F. Freer (Chicago): Nasentuberculose; zwei Fälle.

F. giebt eine Beschreibung der Nasentuberculose und ihrer Beziehung zum Lupus. Sein erster Fall betraf ein junges Mädchen, das dreimal operirt worden war. Zuerst war die ganze mittlere Muschel entfernt worden und auch das Gewebe vom hinteren Rand des Septum, das das Aussehen eines ulcerirenden Tumors hatte. Mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkel mit Riesenzellen. Einige Wochen später Recidiv, wiederum Operation, die jedoch nur für eine Zeitlang Erfolg hatte. Die dritte Operation wurde in Narkose gemacht und es wurde die ganze rechte Siebbeinregion ausgeräumt. Die mikroskopische Untersuchung ergab typische Tuberkel mit Riesenzellen und einige Bacillen. Pat. erfreut sich jetzt blühender Gesundheit.

Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, die ein Beispiel für die infiltrative Form bot. Es bestand auf beiden Seiten des Nasenrückens eine Schwellung, eine Verdickung des Septums mit Ulcerationen. Die Ausdehnung der Infiltration machte eine völlige Entfernung unmöglich und man beschränkte sich darauf, die Nase frei zu machen. Mikroskopische Untersuchung ergab Tuberculose. Tuberculininjectionen wurden gemacht ohne merkbaren Effect; Pat. entzog sich der weiteren Beobachtung.

Scott Renner (Buffalo): Fall von Nasentuberculose.

Bei der 28jährigen, sonst völlig gesunden Frau waren beide Nasenhälften völlig verlegt durch einen birnförmigen Tumor, der an Stelle des Septums sass. Mikroskopische Untersuchung eines probeexcidirten Stückes ergab, dass es sich um Tuberculose handelte. Die Lungen waren gesund. Es sollen früher Drüsenabscesse am Halse bestanden haben. Die Geschwulst wurde stückweise entfernt bis auf den Knorpel, ebenso später das vordere Ende der rechten unteren Muschel, das infiltrirt erschien. Milchsäureapplication und galvanokaustische Aetzung der Wundränder; Jodoformgazetamponade bis zur eingetretenen Heilung. R. glaubt

nicht, dass es sich um eine primäre Nasentuberculose handelte, in Anbetracht der alten Narben am Halse.

Emil Mayer (New York) macht auf die Schwierigkeiten der Diagnose in den frühen Stadien dieser Fälle aufmerksam. Er ist nicht dafür, dass die Bezeichnung Lupus aus unserer Nomenclatur verschwinden soll. Die Grösse der Geschwulst in der Nase erlaubt keinen Schluss auf ihre Natur.

Lewis A. Coffin (New York): Thrombose des Sinus cavernosus.

59jährige Frau, die die typischen Erscheinungen einer Stirnhöhleneiterung bot und bei der die Killian'sche Operation gemacht worden war. In dem Sinus fanden sich weder Polypen noch Granulationen, dagegen war die Schleimhaut durch Congestion verdickt. Es entwickelte sich eine Chemosis des unteren Augenlides, während das vorher bestehende starke Oedem des Auges, durch welches das Sehvermögen bedroht schien, in Folge der Operation zurückgegangen war. Es wurde angenommen, dass es sich um eine Thrombose des Sinus handelte. Heilung trat ohne weitere Operation ein.

Lewis A. Coffin: Teratom des weichen Gaumens.

66jährige Frau, bei der man einen kleinen Tumor hinter und oberhalb der Uvula von der Form der letzteren fand; er hing frei in den Rachen hinein und erwies sich als Teratom.

W. L. Ballenger bezweifelt in dem ersten von Coffin berichteten Fall die Diagnose Sinusthrombose. Auch rechtfertigt nach seinen Erfahrungen das Ergebnis der Röntgenaufnahme allein noch nicht die Operation.

Frederic C. Cobb (Boston): Bakteriologie der normalen Nase.

C. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Hauptquelle der Bakterien in der Nase ist das Vestibulum. 2. Desinfection mit Peroxyd und Bichlorid sterilisiren das Vestibulum von allen Mikroorganismen mit Ausnahme des Staphylococcus. 3. Desinfection mit Harrington'scher Lösung (Sublimat 2,0, Acid. hydrochlor. 150,0, Alkohol 70proc. 2500) desinficirt das Vestibulum von allen Keimen. 4. In den dennoch Bakteriengehalt zeigenden Fällen muss ein Fehler in der Technik gemacht sein. 5) Culturen in pathologischen Fällen können nur dann als zuverlässig angesehen werden, wenn das Vestibulum steril gemacht war und jede Form von Staphylococcus sollte in Bezug auf die ätiologische Bedeutung bei jeder Nasenkrankheit mit Misstrauen angesehen werden in Anbetracht der Schwierigkeit, diesen Mikroorganismus aus der normalen Nase zu eliminiren.

George B. Wood ist der Ansicht, dass das Naseninnere, besonders dessen hinterer Theil, bei normalen Individuen steril ist. Auch normale Nebenhöhlen sind steril.

J. M. Ingersoll (Cleveland): Nase und Nasenrachen bei Säuglingen und kleinen Kindern.

In Bezug auf die Entwickelung des adenoiden Gewebes im Nasenrachen wird gesagt, dass in Anbetracht der kleinen Mundhöhle und der Gestalt des Nasenrachens bei kleinen Kindern eine Curette mit gradem Griff, zu dem das Messer in

einem Winkel von 55° abgebogen ist, am besten passen würde. Das Fein'sche Messer gestattet eine grosse Latitude in den Bewegungen der Curette und passt sich gut den Conformationen des Nasenrachens an. Die Form des Nasenrachens bei kleinen Kindern macht es unmöglich, eine vollständige Entfernung der Vegetationen mit einer Zange zu machen.

Hudson Makuen (Philadelphia): Die Thätigkeit der Athemmuskeln bei der Stimmbildung.

Die Thätigkeit der Athemmuskeln bei der Stimmbildung differirt in wichtigen Punkten von ihrer Thätigkeit bei der passiven Athmung; während die Function des Zwerchfells bei der passiven Athmung eine inspiratorische ist, muss sie bei activer oder künstlicher Athmung eine exspiratorische sein. Obwohl das Zwerchfell gewöhnlich zu den unwillkürlichen Muskeln gerechnet wird, kann, wie das auch bei vielen anderen sogenannten unwillkürlichen Muskeln der Fall ist, es durchaus dem Willen unterworfen werden. Der richtige Gebrauch der Athemmuskeln für Singen und Sprechen kann nur durch Uebung erlangt, und müsste durch Stimmbildungslehrer gelehrt werden.

J. Payton Clark fragt, ob Makuen bei seinen Beobachtungen den Fluorescenzschirm benutzt hat.

Makuen erwidert, dass bisher seine Erfahrungen bei diesen Untersuchungen mit dem Fluorescenzschirm ungenügende waren.

W. L. Ballenger (Chicago): Die Wahl einer Operation zur Correction obstruirender Nasenscheidewanddeviationen; eine persönliche Anschauung.

B. sagt, obwohl er ein eifriger Anhänger der submucösen Resection sei, so sei doch deren Technik oft schwierig, die für die Operation erforderliche Zeit lang dauernd, und manche Schwierigkeiten vorhanden. Die Operation sollte für die Fälle reservirt bleiben, die durch andere und einfachere Maassnahmen nicht zu corrigiren sind. Bei der Wahl der Operation sollen gewisse fundamentale Grundsätze massgebend sein. Der Knorpel hat eine Tendenz, in seine frühere Stellung zurückzukehren. Knochen dagegen, wenn er fracturirt und in eine neue Stellung gebracht wird, zeigt nur wenig Neigung, in die frühere Stellung zurückzukehren. Die Roe'sche Operation sollte daher in den Fällen gewählt werden, wenn die obstruirende Deviation sich auf die Lamina perpendicularis des Siebbeins beschränkt und die vom Redner angegebene Operation, wenn das Hindernis auf den Vomer beschränkt ist. Jede Operation, die wie die Ash'sche das lange Tragen von Tuben oder Stützen in der Nase erforderlich macht, ist nach Ballenger's Ansicht ungerechtfertigt. Bildung von nicht abgeschrägten Lappen, die theilweise selbsthaltend sind (Sluder's Operation), sind anwendbar bei hochgradigster winkligen Deviationen des Kindesalters. Bildung selbsthaltender abgeschrägten Lappen ist rationeller bei der Correction von Deviationen, die sich auf das knöcherne Septum beschränken (Watson, Gleason, Price Brown). Die submucöse Resection findet ihre specielle Anwendung bei Deviationen, die sowohl knorpelige als knöcherne Antheile des Septum betreffen.

Freer (Chicago) verwirft alle fracturirenden Eingriffe und betrachtet sie als einen Rückschritt.

Roe (Rochester) ist ein Anhänger der fracturirenden Operationen. Die submucöse Resection ist von Vortheil in Fällen mit ausgesprochener Verdickung des Septums. Ist das knöcherne Septum dünn und einfach verbogen, so würde es absurd sein, das knöcherne Stützwerk zu entfernen. Bei jeder Septumoperation, welcher Art sie auch sein möge, zur Correction von knöchernen Deviationen, ist die fracturirende Zange als Ergänzung unentbehrlich.

Ballenger sagt im Schlusswort, dass er bisweilen zwei Stunden für die Freer'sche Operation brauche, während die von ihm empfohlene Operation in zwanzig Minuten gemacht werden könne. Er giebt zu, dass die Freer'sche Operation die besten Resultate giebt, wenn man sich Zeit genug lässt und der Pat. die nöthige Ausdauer hat. Erblindung, sogar Tod, auch Einsinken des Nasenrückens sind als Folge der submucösen Resection erlebt worden.

Thomas J. Harris (New York): **Bericht über einen tödtlich verlaufenen Fall von Status lymphaticus bei einem wegen Mandelhyperplasie unter Cocain-Adrenalininfiltration operirten Patienten.**

Es handelte sich um einen 30jährigen Russen, der anscheinend ganz gesund war. Nach der Cocain-Adrenalininjection wurde der Patient blass und erbrach. Es trat tiefe Cyanose auf. Die Operation wurde schnell beendet. Pat. war pulslos, die Athmung bestand noch eine Weile. Das Symptomenbild war ähnlich dem des Thymustodes. Die Autopsie ergab eine ausgesprochene Dilatation des rechten Herzohrs, eine Schwellung des rechten Ventrikels, vergrösserte Drüsen in der Achselhöhle und der Leistengegend; die Thymusdrüse wog 18 Gramm. Die Todesursache war aller Wahrscheinlichkeit nach eine Dilatation des rechten Ventrikels in Folge Thymushyperplasie, wobei Cocain und Adrenalin als excitirende Ursachen wirkten.

Thomas Hubbard berichtet über einen Todesfall durch Adrenalin aus seiner Praxis. Sein Patient war ein junger gesunder Mann, bei dem unter Chloroform-Aethernarkose eine Septumoperation gemacht wurde. Jeder Reflex war normal und die Athmung erschien ungestört. Zum Zweck der Blutstillung wurde eine Adrenalininjection gemacht, da aber diese vorbeiging und Pat. den Inhalt verschluckte, so wurde eine zweite gemacht, so dass er wahrscheinlich 15 bis 20 Tropfen erhielt. Während der zweiten Injection wurde die Herzaction unregelmässig; Pat. machte noch 12 oder 13 Athemzüge und war todt.

H. L. Swain hat einen Fall von Thymusvergrösserung in seiner Behandlung gehabt; die äussere Anwendung von Adrenalin bewirkte genügende Schrumpfung der Drüsenschwellung, so dass die Athmung wieder ohne Beschwerden vor sich ging. S. meint, dass die Annahme Hubbard's richtig sei, wonach in diesen Fällen das Mittel in das Blut übergehe und unmittelbar eine Contraction aller Gefässe bewirke.

J. O. Roe bezweifelt, ob in dem Fall von Harris alles der Wirkung des Adrenalins zuzuschreiben sei. Viele Patienten besitzen eine besondere Empfindlichkeit gegenüber dem Cocain.

Harris glaubt nicht, dass in seinem Falle der deletäre Effect dem Cocain zuzuschreiben sei.

George A. Leland (Boston): Nasen- und Rachenaffectionen als ursächliche Factoren bei Ohrkrankheiten. (Gemeinsame Sitzung mit der American Otological Society.)

Viele Ohrkrankheiten, die manchmal lebensbedrohend sind, haben ihre Ursache im Nasenrachen. Redner giebt eine genaue Beschreibung der Anatomie und Physiologie der Eustachischen Röhre; es werden die Wirkungen der normalen Athmung auf die Bewegungen des Trommelfells erörtert. Eine Störung dieser Functionen führt zu mangelhafter Ventilation und unvollkommener Drainage des Mittelohrs. Es werden dann die daraus resultirenden Störungen seitens des Gehörorgans erörtert. Ohrenschmerzen, auch wenn sie noch so geringfügig sind, erfordern Behandlung. Adenoide Vegetationen müssen, sobald sie entdeckt sind, entfernt werden. Auch die Rosenmüller'sche Grube muss gereinigt werden. Unter Leitung des Vortragenden wurden 127 Scharlachfälle im Boston City Hospital in Bezug auf Vergrösserung des lymphatischen Gewebes im Nasenrachen untersucht: 43 wurden ohne Adenoide befunden, von den 84 Trägern von Adenoiden waren 72 ohne Ohrencomplicationen, weder vorher noch gegenwärtig; von den 12 mit Ohrenstörungen, sei es acuter oder chronischer Natur, hatten alle adenoide Wucherungen. L. sagt, dass Kinder mit Ohrenschmerzen stets Adenoide haben. Er bespricht dann die reflectorischen Ohrschmerzen, die von den Zähnen, erkrankten Tonsillen, Seitenstrangpharyngitis etc. ausgehen, ferner den Schwindel, der durch Nasenverstopfung bedingt ist.

James E. Logan (Kansas City): Chronische epipharyngeale Periadenitis bei Erwachsenen.

Die Affection, die L. an sechs Beispielen genau beschreibt, besteht in einer Entzündung des Gewebes in der Nachbarschaft der Bursa pharyngea, die zu Symptomen ähnlich denen bei Keilbeineiterung führen kann. Diese Entzündung scheint nicht nur das lymphatische Gewebe, sondern auch die Muskeln, Blutgefässe und das Bindegewebe zu betreffen. L. giebt detaillirte mikroskopische Befunde solcher Fälle. Der Effect solcher Entzündungen auf das Gehörorgan ist evident. Treten wiederholte Attacken auf, so werden die Patienten besonders anfällig für acute Rhinitiden und Influenzaanfälle. Die Behandlung besteht in totaler Entfernung des erkrankten Gewebes.

Francis R. Packard (Philadelphia): Die Bedeutung gründlicher Untersuchung des Nasenrachens bei der Behandlung der Ohrkrankheiten.

P. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. In jedem Fall von Mittelohrerkrankung ist eines der wichtigsten Erfordernisse eine gründliche Untersuchung des Nasenrachens. 2. Diese Untersuchung soll nicht nur mit dem Spiegel, sondern auch mit dem Finger geschehen, nicht nur vor, sondern auch nach der Ausräumung des Nasenrachens. 3. Bei Kindern soll der Nasenrachen von der Nase aus vor der Digitaluntersuchung cocainisirt werden. Dasselbe soll bei Erwachsenen geschehen, die den Spiegel nicht vertragen. 4. Obwohl die Bedeutung von Geschwulst-

bildungen und Entzündungszuständen des Nasenrachens für das Ohr schon lange bekannt ist, so ist die Bedeutung von Adhäsionen im Nasenrachenraum für das Zustandekommen von Ohrkrankheiten sehr übersehen worden, hauptsächlich wegen der Schwierigkeiten der Untersuchung des Nasenrachens.

E. A. Crickett (Boston) meint, dass Nasenoperationen zur Besserung von Hörstörungen oft indicationslos und unter unerfüllbaren Versprechungen gegenüber dem Patienten gemacht werden. Otosklerose ist eine Erkrankung, die keinen Ursprung im Nasenrachenraum hat und Nasenoperationen haben dabei keinen Zweck. Bei der Operation der adenoiden Wucherungen muss man darauf bedacht sein, die Rosenmüller'sche Grube von Vegetationen zu reinigen.

O. T. Freer (Chicago) betont, wie wichtig es sei, bei der Adenoidenoperation gründlich zu verfahren; er empfiehlt zu diesem Zweck den Gebrauch der von ihm angegebenen Zange. Er hat gesehen, dass das Hörvermögen nach Septumresection sich wieder herstellt und hält sie daher in ausgewählten Fällen für gerechtfertigt.

G. L. Richards empfiehlt für die Digitalexploration des Nasenrachens die dünne Gummikappe für den Finger. Eine besondere Curette ist für die Rosenmüller'sche Grube empfohlen worden.

F. P. Emerson (Boston) lenkt die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Adhäsionen an den Lippen der Rosenmüller'schen Grube, sondern auch auf das degenerirte Gewebe in deren Tiefe. In solchen Fällen kann einseitige Taubheit mit Ohrensummen bestehen. Diese Fälle können mit dem Spiegel nicht diagnosticirt werden, es ist dazu der Finger nöthig.

Emil Mayer (New York) empfiehlt die Anwendung des kürzlich angegebenen Pharyngoskops zur Diagnose in solchen Fällen.

Percy Friedenberg (New York) sagt, das Pharyngoskop könne von den Patienten 10 Minuten lang ertragen werden. Es ermöglicht uns, verschiedene Veränderungen an den Tubenöffnungen beim Schlucken, Würgen, Husten etc. zu studiren. Wir sehen auf diese Weise, dass auch bei Anwesenheit von adenoiden Vegetationen eine normale Contraction des weichen Gaumens und der Muskeln um die Tuben eintreten kann.

G. E. Shambaugh (Chicago) sagt, dass vernachlässigte Fälle, die im mittleren Lebensalter zu uns kommen, mit narbigen Veränderungen am Trommelfell etc. nicht durch Operation gebessert werden können.

J. Payton Clark (Boston) ist nicht der Ansicht, dass jeder Fall von adenoiden Vegetationen eine chirurgische Behandlung erfordere.

Alex Rendall (Philadelphia) betont die Wichtigkeit der Massage. Er hat niemals von der Ausräumung der Rosenmüller'sche Grube brillante Resultate gesehen.

Von folgenden Vorträgen werden nur die Titel verlesen:

H. L. Swain (New Haven): Fibrom des Nasenrachens.

John R. Winslow (Baltimore): Bericht über Fälle, die unsere Fortschritte in der Behandlung von chronischen Stenosen des Larynx und der Trachea illustriren.

Zum Präsidenten für das nächste Jahr wird ernannt: James E. Logan (Kansas City); Vicepräsidenten: Cornelius G. Coakley (New York City) und Harris P. Mosher (Boston); Secretär: James E. Newcomb (New York City).

Als Ort der nächsten Tagung wird Washington bestimmt.

Emil Mayer (New York).

IV. Briefkasten.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Berlin, 30. August bis 2. September 1911.

Die Referate und Referenten sind folgendermaassen bestimmt:

1. Die Beziehungen der experimentellen Phonetik zur Laryngologie: Gutzmann (Berlin), Struyken (Breda).
2. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Indicationen und Contraindicationen: Killian (Freiburg), Chevalier Jackson (Pittsburg), Kahler (Wien).
3. Der Lymphapparat der Nase und des Nasenrachens in seinen Beziehungen zum übrigen Körper: Poli (Genua). Broeckaert (Gent), Logan Turner (Edinburgh).
4. Die sogenannten fibrösen Nasenrachenpolypen; Ort und Art ihrer Insertion: Jacques (Nancy), Hellat (St. Petersburg).

Personalnachrichten.

Sir Felix Semon ist zum Ehrenpräsidenten der Madrider Gesellschaft für Laryngologie ernannt worden.

Prof. Réthi (Wien) ist correspondirendes Mitglied der American Laryngological Association geworden.

Prof. Onodi in Budapest ist zum Leiter der daselbst neu begründeten Universitäts-Klinik für Hals- und Nasenkranke ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, August. 1910. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals, Medicamente, Instrumente.

1) **L. Arzt** und **B. Grossmann** (Wien). **Zur Frage der Bedeutung der Wassermann'schen Reaction in der Rhino-Laryngologie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Autoren untersuchten 52 Fälle der verschiedenartigsten Erkrankungen. Von den in zwei Gruppen getheilten Fällen zeigten unter 22 mit klinisch nachweisbarer Lues 19 eine positive Reaction; von 4 Fällen „überstandener Lues", die zur Zeit keine klinisch nachweisbaren Erscheinungen zeigten, reagirte einer positiv. Die zweite Gruppe (Ozaena syphilitica, Rhinitis atroph. chron. ohne Foetor, Nasennebenhöhlenempyem), die weder anamnestisch noch klinisch einen Anhaltspunkt für luetische Infection darbot, enthielt 26 Fälle; sämmtliche reagirten negativ. Unter Hinweis auf das gleiche negative Resultat der serologischen Untersuchung bei Ozaena simplex — im Gegensatz zur „Ozaena syphilitica" —, wie es Sobernheim, Eisenlohr und Alexander bei insgesammt 58 Fällen erhielten, kommen Autoren zu dem Schluss, „dass für die Luesätiologie der Ozaena simplex keinerlei Beweisgründe durch die serologischen Untersuchungen beigebracht werden können, sondern dass im Gegentheil die Lues als ätiologisches Moment der Ozaena simplex nicht angesprochen werden kann". Die Wassermann'sche Reaction stellt eine werthvolle Untersuchungsmethode in der Rhino-Laryngologie dar. HECHT.

2) **Herz. Ueber eine Form der falschen Dyspnoe („Seufzerkrampf").** *Wiener med. Wochenschr. No. 39. 1909.*

Als Seufzerkrampf wird jene Steigerung des Seufzens bezeichnet, welche weit über den bei der Phrenokardie gewöhnlich zu beobachtenden Grad hinausgeht und dem Willen des Patienten nicht unterliegt. H. spricht ihn als psychogene Neurose an. In differentialdiagnostischer Hinsicht besonders gegen Athemstörungen cardialen und renalen Ursprungs zu beachten. HANSZEL.

3) **Mayer. Symmetrische chronische tuberculöse Lymphadenitis des Halses. (Lymphadénite tuberculeuse chronique symétrique du cou.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 7. 1910.*

In der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel am 20. Januar 1910 zeigt M. Lymphdrüsen vor von einem 39jährigen Bierbrauer, starkem Biertrinker. Der Fall ist interessant durch die Ausbreitung der Läsionen, welche im Verlaufe von 15 Jahren den ganzen Hals ergriffen hatten, so dass sie dem Kopfe ein birnförmiges Aussehen verliehen, analog dem beim Mumps, mit Behinderung der Deglutition und Respiration. Die in zwei Zeiten vorgenommene Enucleation brachte etliche 50 hühnerei- bis wallnussgrosse Knoten zu Tage, die sich tief bis in den Nacken hinein erstreckten. In der Zwischenzeit zwischen den beiden Operationen machte man von der Radiotherapie Gebrauch, welche die zweite Operation erleichterte.

PARMENTIER.

4) **Hofmann** (Meran). **Intrathoracische Luftfistel seltener Aetiologie und ihre plastische Deckung durch einen Hautperiost-Knochenlappen.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 92. 1910.*

Im Anschluss an eine tuberculöse Drüseneiterung am Halse hatte sich ein mediastinaler Abscess gebildet, der secundär zur Arrosion der Trachea und zur Entstehung einer Luftfistel führte. Heilung auf operativem Wege.

SEIFERT.

5) **Rouvillois** (Paris). **Ueber einen Fall von Aktinomykose der Regio suprahyoidea. (Sur un cas d'actinomycose de la région sus-hyoidienne.)** *Société de Chirurgie de Paris. 14. December 1909.*

Bei einem Kutscher bildete sich in der Mittellinie über dem Zungenbein ein Abscess; im Eiter fand sich der Strahlenpilz. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

6) **Küll** (Radevormwald). **Ein Fall von Kiemengangeiterung.** *Med. Klinik. 15. 1910.*

16 Tage altes Kind mit grosser glatter Geschwulst der vorderen Halspartie, durch eine mediane Furche in zwei Säcke getheilt. Bei Druck auf die linke Halsseite entleert sich unter dem linken seitlichen Zungenrande Eiter in die Mundhöhle. Incision der beiden Säcke. Heilung.

SEIFERT.

7) **Veau** und **Ollivier** (Paris). **Abtragung der Thymus, Technik, Resultate. (Ablation du thymus; technique; résultats.)** *Presse médicale. April 1910.*

Die Verff. beschreiben die Technik der subcapsulären totalen Thymectomie: 3 cm lange Incision, die 1,5 cm weit auf das Manubrium sterni übergeht; Blosslegung des oberen Randes des letzteren, Durchschneidung der beiden Aponeurosen. Die Drüse springt bei jeder Exspiration 1—2 cm weit hervor; man wählt diesen Moment, um mit einer Zange die Kapsel zu fassen, sie loszulösen und den vorliegenden Lappen — es ist immer der linke — zu enucleiren, ebenso dann den rechten. Keine Drainage.

Die Verff. haben in ihren 4 Fällen sich der Chloroformnarkose bedient, ohne dass ein Zwischenfall eingetreten wäre.

GONTIER de la ROCHE.

8) **Weill, Pehu, Chalier** (Lyon). **Ueber einen chirurgisch behandelten Fall von Thymushypertrophie bei einem vier Monate alten Kinde. (Sur un cas traité chirurgicalement de hypertrophie du thymus chez un enfant de quatre mois.)** *Lyon médical. 10. April 1910.*

Das Kind litt seit seit seiner Geburt an Convulsionen und Laryngospasmen. Bei der Exspiration fühlte man einen suprasternalen Tumor. Die Operation verlief tödtlich infolge Vereiterung der Operationswunde. Die Autoren empfehlen die einfache Resection des Manubrium sterni ohne Abtragung der Thymus.

GONTER de la ROCHE.

9) **Wittmaack** (Jena). **Ueber die neueren Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege.** *Correspondenzblätter d. allgem. ärztl. Vereins von Thüringen. 4. 1910.*

Der Hauptsache nach kurzer Bericht über die Killian'sche Tracheo-Bronchoskopie und das Brünings'sche Instrumentarium.

SEIFERT.

10) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Ein neues directes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens, der Ohrtrompete und der hinteren Nasenpartien. Epipharyngoscopia, salpingoscopia et rhinoscopia posterior directa.** *Siebenbürgischer Museumverein. 20. Februar 1910 und Orvosi Hetilap. No. 9. p. 153.*

Verf. zieht den ganzen weichen Gaumen bis zur Anheftungsstelle gegen den Mund hervor, dann führt er vom Winkel des stark geöffneten Mundes unmittelbar neben dem Unterkiefer von hinten und unten eine an das Elektroskop applicirte gerade Röhre in den Nasenrachen. Solcherweise gewinnt er einen Einblick nicht bloss in den ganzen Nasenrachen, in die Tubenöffnung, mit Hülfe eines dünneren Rohres (4—7 mm) überblickt er einen beiläufig 2 cm langen Theil des Innenraumes der Tuben, das Choanenseptum, die vordere, untere, daher bereits in der Nasenhöhle gelegene Oberfläche des Keilbeines, zuweilen ist sogar der hintere Rand der mittleren Nasenmuschel, die am hinteren Ende der unteren Nasenmuschel befindlichen Hypertrophien, ausnahmsweise die obere Nasenmuschel, die Oeffnungen einzelner Ethmoidalzellen und der Recessus sphenoethmoidalis zu sehen. An den genannten Theilen können auf directem Wege unter Controle der Augen Behandlungen und Operationen vollzogen werden. Laut Gyergyai ist sein Verfahren nebst einer Möglichkeit der Untersuchung und Behandlung der Tube auch insofern von practischer Bedeutung, da solcherweise die untere Wand des Sinus sphenoidalis direct, ohne vorbereitende Operation erreicht und die Höhle vom untersten Punkte weit eröffnet werden kann. An dem Cadaver konnte er nach Eröffnung des Sinus sphenoidalis die Hypophysis cerebri blosslegen.

POLYAK.

11) **John Macintyre** (Glasgow). **Neue Methoden zur Untersuchung von Nase und Hals. (Recent methods of examination of the nose and throat.)** *Glasgow Medical Journal. März 1909.*

Verf. giebt in einem sehr interessanten Artikel einen Ueberblick über die Fortschritte, die in der Untersuchung von Hals und Nase gemacht worden sind. Er beginnt mit der Erleichterung, die wir der Anwendung des Cocains und der Glühlampe verdanken, und geht dann zur Schilderung des Instrumentarinms von

Kirstein, Killian und Brünings über; er erörtert dann die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen und die Fremdkörper.

A. LOGAN TURNER.

12) **A. Winternitz** und **M. Paunez** (Budapest). **Neue Beiträge über den Werth der directen Laryngotracheoskopie und Bronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 23. 1910.*

W. und P. berichten über jene Fälle, welche sie seit ihrer letzten Publication im Jahre 1908 mit den verbesserten Instrumenten und mehr entwickelter Technik behandelt hatten. Die Kinder wurden in tiefer Chloroformnarkose, verbunden mit localer Anästhesie, untersucht. Der Kehlkopf wird in sitzender Lage aufgesucht, was die Aufgabe sehr erleichtert; dem ist zu verdanken, dass die Verff. die obere Tracheo-Bronchoskopie öfter mit Erfolg anzuwenden in der Lage waren, sie konnten aber die Tracheotomie nicht immer entbehren. Nach Einführung der Röhre bis zur Bifurcation wurde die weitere Untersuchung in der Rückenlage fortgesetzt. Durch directe Laryngoskopie sind zweimal (5 und 3 Jahre) multiple Papillome und einmal (1 Jahr alt) ein Knochen entfernt worden. Die obere Tracheo-Bronchoskopie kam dreimal zur Anwendung: 1. Patient $4^1/_2$ Jahre alt. Knopftheil und Oese im linken Hauptbronchus, Entfernung, Heilung. 2. Patient 1 Jahr alt. Bohne in dem rechten Hauptbronchus, Entfernung, Heilung. 3. Pat. 14 Monate alt. Bohne in dem rechten Hauptbronchus, Entfernung, Heilung. Es folgen hierauf 4 Fälle von unterer Tracheo-Bronchoskopie bei $1^1/_2$, 2, 9 und 27 Jahre alten Patienten; die Entfernung der Fremdkörper gelang in jedem Falle und sämmtliche Patienten wurden nach Abklingen der Reactionserscheinungen geheilt entlassen.

Verff. legen ein grosses Gewicht darauf, dass die Lage des Fremdkörpers vor der Röhrenuntersuchung aktinoskopisch festgestellt sei, und erklären den Umstand, dass sie keinen Todesfall zu verzeichnen hatten, damit, dass mit Ausnahme eines Falles sie stets mit Fremdkörpern, welche aus einem Stücke bestanden, zu thun hatten und diese daher unzerstückelt entfernen konnten.

POLYAK.

13) **H. Zwillinger** (Budapest). **Die endoskopische Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1910.*

Eine Demonstration des Harold-Hays'schen Instrumentes in dem Königl. Aerzteverein zu Budapest.

POLYAK.

14) **Notiz des Herausgebers. Calciumlactat in Nase und Hals. (Calcium lactate on the nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 9. April 1910.*

Fernandez in Cuba beschrieb als Erster die günstigen Wirkungen des Calciumlactat, um Blutungen bei Hals- und Nasenoperationen vorzubeugen. Das Präparat wirkt direct dadurch, dass die Coagulirungsfähigkeit des Blutes vermehrt wird. F. hat es in grossen Dosen angewandt und hat seine Hoffnungen nie enttäuscht gesehen. Auch bei Nasenbluten und bei Lungenblutungen hat er es mit gutem Erfolge gebraucht. Bei postoperativen Blutungen ist die Wirkung wunderbar und tritt sofort ein.

EMIL MAYER.

15) **F. C. Demérest, George E. Tuers, Thoedor P. Livergood. Chloroformnarkose bei Halsoperationen. (Chloroform anesthesia in throat operation.)** *N. Y. Medical Record. 24. Juli 1909.*

Demérest hält Chloroform für Kinder unter 12 Jahren für das beste Anaestheticum.

Tuers sagt, die Statistiken von New Jersey weisen eine erschreckende Anzahl von Todesfällen durch Anaesthetica auf. Das bequemste sei Chloroform, aber auch das gefährlichste.

Livergood meint, die zunehmende Anwendung des Chloroforms bei Halsoperationen gehe Hand in Hand mit der fortschreitenden Verbesserung in der Technik der Narkose.

LEFFERTS.

16) **E. Mather Sill. Die Anwendung von Aethylchlorid als allgemeines Anaestheticum bei Halsoperationen besonders bei Kindern. (The use of ethyl chloride as a general anesthetic for operations in the throat as especially applied to children.)** *N. Y. Medical Record. 23. October 1909.*

Das Aethylchlorid ist besonders geeignet für Adenoid- und Mandeloperationen bei Kindern. Es ist leicht anzuwenden, wirkt schnell und die Wirkung ist mit der Operation zu Ende; unangenehme Nachwirkungen fehlen. Bei länger währenden Operationen an Hals und Nase empfiehlt es sich, zuerst den Patienten unter Aethylchlorid zu setzen und dann mit der Aethertropfmethode fortzufahren.

LEFFERTS.

17) **Albert H. Miller. Ein neuer zufriedenstellender Apparat für Aetherisation bei Operationen am Gesicht und den oberen Luftwegen. (A new and satisfactory apparatus for etherization in operations about the face and upper air passages.)** *Journal American Medical Association. 23. October 1909.*

Der Apparat besteht aus einem Vaporizer, Fusspumpe, Mundsperrer und einem diese Apparate mit dem Vaporizer verbindenden Gummirohr. Verf. giebt eine genaue durch Abbildungen illustrirte Darstellung dieses Apparates.

EMIL MAYER.

18) **Krone** (Sooden a. d. Werra). **Ueber Inhalationstherapie mit besonderer Berücksichtigung der Soleinhalationen.** *Med. Klinik. 21. 1910.*

Mit vollem Recht betont Krone, dass neben der Localtherapie (Inhalationscuren) auch die Allgemeinbehandlung durch Klima, Diät, Bade- und Brunnencuren berücksichtigt werden muss.

SEIFERT.

19) **Max Rupprecht** (Bremen). **Ein handliches Untersuchungsbesteck für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Mit 1 Figur. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinologie. Heft 4. 1910.*

Beschreibung des auf dem Budapester Congress demonstrirten Taschenbesteckes.

HECHT.

20) **Hasslauer** (München). **Ein Taschenbesteck für den practischen Arzt und Militärarzt für Behandlung von Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.** *Mit 2 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1910.*

Das compendiöse, einige zweckdienliche Neuerungen enthaltende Etui ist in der Arbeit abgebildet und detaillirt geschildert.

HECHT.

21) **„Glaseptic“-Nebelstäuber, „Glaseptic“-Taschennebelstäuber, „Glaseptic“-Spray.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Die kleinen, sehr brauchbaren Apparate werden von der Firma Parke, Davis u. Co. (London) in den Handel gebracht und sind in den Apotheken zu haben.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Itié. Klinische Rhinometrie. (Procédés cliniques de rhinemétrie.)** *Annales des maladies de l'oreille du larynx. Tome XXXV. No. 11.*

Aufzählung der bekannten Mittel, die Nasendurchgängigkeit mittels Instrumente zu messen. Itié empfiehlt hauptsächlich das von Escat construirte Rhinomanometer (beschrieben im Bulletin de la Soc. franç. d'otologie 1908 und in dem bekannten Lehrbuche Escat's).

LAUTMANN.

23) **R. Foy. Die Rhinometrie zum Studium der Nasenathmung. (Contribution rhinométrique à l'étude de la respiration nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 2.*

Foy hat sich um die Untersuchung der Durchgängigkeit der Nase wiederholt bemüht und einen eigenen Athmorhinometer angegeben, der vor dem allgemein gebrauchten Spiegel von Glatzel mannigfache Vortheile hat (er gestattet z. B. die Athemstärke zu conserviren). Er kam auch auf die Idee, den in Laboratorien vielfach benutzten Gasmesser von Verdin-Boulitte zu benutzen, um die Menge der Luft bei Ein- und Ausathmung zu messen. Es gelang ihm hierdurch nachzuweisen, dass die Luftmengen in beiden Respirationsphasen zu einander in einem bestimmten relativen Verhältniss stehen. Hierdurch konnte er den Haupteinwand widerlegen, den man dem Glatzel'schen Spiegel machte, nämlich den, dass mit demselben aus der Exspiration ein Schluss auf die Inspiration gemacht wird, auf die es ja allein ankommt, wenn die Luftdurchgängigkeit geprüft werden soll. Da Foy's Messungen ergeben, dass zwischen Exspirationsluft und Inspirationsluft ein bestimmtes regelmässiges Verhältniss besteht, so ist dieser Rückschluss gestattet. Es existirt auch eine Methode der Rhinographie, die auf dem Marey-schen Princip beruht, jedoch entbehrt diese Methode des practischen Interesses.

LAUTMANN.

24) **Wellis S. Anderson. Nasenverstopfung; experimentelle Studie über deren Wirkung auf die Athmungsorgane und den Allgemeinorganismus. (Nasal obstruction; experimental study of its effects upon the respiratory organs and the general system.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Nasenverstopfung führt zum Tode oder zu erheblicher Herabsetzung der

Vitalität; letztere prädisponirt zu Infectionen. Es werden locale Erkrankungen des Respirationstractus dadurch bedingt, ferner Dilatation des Herzens. Bei Gesunden treten Veränderungen an der Haut und im Blut auf; bei niederen Thieren Symptome, die an Asthma und Emphysem erinnern. Das Lungenemphysem kann histologisch nachgewiesen werden. Wiederherstellung der Nasenathmung lässt alle diese Symptome prompt verschwinden. EMIL MAYER.

25) **Otto Glogau. Nasenverstopfung und Lungenschwindsucht.** *N. Y. med. Wochenschr. December 1909.*

An 19 Fällen nahm Autor intranasale Operationen vor, die grösstentheils Zunahme des Körpergewichts, Besserung des Allgemeinbefindens und in 11 Fällen (leichtere Lungenerkrankung) günstige Beeinflussung des Lungenprocessses zur Folge hatten.

An Tuberculösen soll nur bei bedeutender Nasenverstopfung operirt werden und auch da nur im Anfangsstadium.

Zur Prophylaxe schlägt der Autor neben den bestehenden Vorschriften vor:

1. Aufforderung auf den Einlasskarten der Tuberculosepatienten, ihre Angehörigen zur Untersuchung und etwaiger Behandlung ihrer Nase zu veranlassen.
2. Anstellung von Specialisten in Tuberculoseabtheilungen zur Untersuchung und Behandlung der oberen Luftwege eines jeden Patienten in der Anstalt selbst.
3. Aufforderung der leicht Brustkranken (Bronchitis etc.) auf inneren Abtheilungen, ihre Nase untersuchen und behandeln zu lassen.
4. Der practische Arzt soll seine sämmtlichen Patienten zum Untersuchen der Nase in regelmässigen Intervallen veranlassen (vergl. Nachschauenlassen der Zähne).
5. Behebung der social-ökonomischen Begünstigungsfactoren der Lungenschwindsucht. EMIL MAYER.

26) **F. L. Rogers. Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenverstopfung. (A strange case of nasal obstruction.)** *Journal of the American Medical Association. 17. April 1909.*

Als Ursache für die rechtsseitige Nasenverstopfung bei dem 9jährigen Mädchen fand sich im Nasenrachen als Fortsetzung des Septums eine knöcherne Wand, die an dem hinteren Rand des knöchernen Gaumens aufsass. Die Operation bestand in der Anlegung einer Oeffnung mittels eines intranasalen Bohrers, der Säge und der Freer'schen Zange. Drainage mit Gummiröhren. Nach 3 Wochen war die Heilung vollendet und die Athmung hergestelll. EMIL MAYER.

27) **A. Eysell** (Kassel). **Beitrag zur Behandlung der Nasenenge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1910.*

Eysell empfiehlt die postoperative Drainage des unteren Nasenganges mit Gummiröhren, die in Wasserstoffsuperoxyd getaucht und in die Nase eingeführt werden. Die Gummidrains werden anfangs täglich gewechselt, einige Tage nach der Operation nur in mehrtägigen Intervallen. HECHT.

28) **Claude G. Grane. Die Wichtigkeit frühzeitiger und vollständiger Beseitigung von Nasenverstopfung. (The importance of early and adequate relief of nasal obstruction.)** *International Journal of Surgery. April 1909.*

Verf. hat festgestellt, dass die durchschnittliche Totalcapacität der Nasenhöhlen ungefähr 42,6 ccm beträgt, diejenige der Nebenhöhlen 89,2 ccm. Diese Lufträume können ihre physiologische Function nur erfüllen, wenn ihre Capacität die normale ist. Verf. bespricht die aus der Nasenverstopfung resultirenden Schädigungen des Organismus und plaidirt für deren frühzeitige und gründliche Entfernung.

EMIL MAYER.

29) **T. W. Summers. Nasen-Nasenrachen- und Mundrachenverleungen, besonders bei Kindern. (Nasal, nasopharyngeal and oropharyngeal obstructions with especial reference to children.)** *Northwest Medicine. Juli 1909. Medical Council. Juli 1909.*

Man muss sich nicht damit begnügen, nur das Athmungshinderniss fortzuräumen, sondern auch lange Zeit hindurch Athemübungen anstellen.

EMIL MAYER.

30) **A. Jeffreys Wood. Hämophile Epistaxis. (Haemophilic epistaxis.)** *Australiasan Medical Journal. 20. Mai 1910.*

Verf. empfiehlt Tamponade mit Gaze, die mit einer Lösung von Schilddrüsen- oder Thymustabletten getränkt ist. In einem Falle, wo die Blutung drei Tage nach Entfernung von adenoiden Vegetationen einsetzte, stand sie, als Verf. etwas Antidiphtherieserum in die Nase einträufelte. Antidiphtherieserum — das aber einige Monate alt sein muss — in Menge von 20 ccm cubcutan gegeben, erwies sich als wirksam sowohl zur Stillung von Blutung bei Hämophilen, als zur Vorbereitung hämophiler Kinder zur Operation.

A. J. BRADY.

31) **T. A. Ward. Epistaxis; Ambrosia ein specifisches Heilmittel dagegen. (Epistaxis; ragweed a specific cure for the same.)** *The Medical Summary. September 1909.*

Verf. hat jahrelang mit Erfolg bei Nasenbluten ein Decoct von Ambrosia artemisifolia benutzt, von dem er täglich 3—4 Theelöffel nehmen lässt.

EMIL MAYER.

32) **James Boyd. Die Behandlung der Epistaxis mittels einer einfachen Methode. (The treatment of epistaxis by a simple method.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Janur 1910.*

In das Centrum eines Stückchens feinen gestärkten Musselins wird die Spitze einer geschlossenen Verbandszange eingestochen, so dass das Ganze wie ein geschlossener Schirm aussieht, dessen Stock die Zange ist. Er wird nun in die Nase bis zur Berührung mit der Rachenwand eingeführt und dann die Zange herausgezogen. Die Enden des Musselins werden nun auseinandergefaltet und von hinten nach vorn der Musselinsack mit Wattestückchen austamponirt. Diese Methode soll nicht angewandt werden, wenn die Blutung aus der gewöhnlichen Stelle am Septum herrührt, sondern bei allgemeinen Blutungen, z. B. bei Hämophilie und Purpura.

A. J. BRADY.

33) **Alexander** (Frankfurt a. M.) **Zur Kenntniss der rhinogenen Sehnervenaffectionen.** *Med. Klinik. 12. 1910.*

Im Anschluss an drei von Lindenmeyer vorgestellte Fälle von acuter retrobulbärer Neuritis weist Alexander auf die Wichtigkeit genauester Untersuchung und etwaiger Behandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen bei Erkrankungen des Sehnerven hin.

EIFERT.

34) **Mamie** (Bonsol). **Studie über die Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. (Étude sur les relations entre les maladies des yeux et du nez.)** *Dissert. Lausanne 1909.*

Verf. wies in 80 pCt. der Fälle von Conjunctivitis des Auges und der Thränenwege Nasenaffectionen nach. Er verlangt daher mit Recht combinirte Behandlung beider Uebel.

JONQUIÈRE.

35) **C. Ziem. Seniler Cataract und eitrige Nasenerkrankungen. (Cataracte sénile et maladies nasales purulentes.)** *Archives Internationales de laryngologie. Tome XXIX. No. 2. 1910.*

Zu den Wechselbeziehungen zwischen Nase und Auge fügt Ziem eine neue Relation hinzu. Nach Ziem ist das Greisenalter als solches für das Zustandekommen des Staares allein nicht ausreichend. Andere Factoren wirken mit. Als einen solchen kennzeichnet Ziem die Eiterungen der Nase bei Greisen, und zwar, wie es scheint, ebenso den gewöhnlichen eitrigen Katarrh wie die Eiterung der Kieferhöhle. Die Stirnhöhleneiterung scheint mit der Genese des Staares nichts zu thun zu haben. Zu fünf bereits früher mitgetheilten Fällen fügt Ziem drei neue Fälle hinzu. Es ist für Rhinologen wenig interessant, die übrigen Bemerkungen Ziem's über die Aetiologie des Staares zu kennen, aber es kann nicht unerwähnt gelassen werden, dass selten ein Autor so sehr auf die klimatologischen und wohnungshygienischen Fragen in Bezug auf die Aetiologie der Krankheiten eingeht, wie Ziem. Dass ausserdem grosse culturhistorische Bildung einer medicinischen Arbeit nicht schadet, beweist Ziem neuerdings in seinem Artikel, der den Ophthalmologen bestens empfohlen werden kann.

LAUTMANN.

36) **C. L. van Steeden** (Soerabaia). **Ueber den Zusammenhang von Nasenerkrankung mit äusserem Augenleiden. (Iets over het verband tusschen neus- en uitwendig ooglyden.)** *Genees. Tijdschr. v. Nederl. Indie. XLIX. No. 6.*

Fall 1. Seit vielen Jahren bestehende Irritatio conjunctivae auf beiden Augen mit hinderlicher Photophobie, ohne Secretion, mitunter mit Chemosis. In der Nase ein chronischer Katarrh und eine Spina septi. Die Behandlung bestand in Aetzung der Nasenschleimhaut und Einblasung von Menthol und Borsäure. Nach einigen Wochen war die Nase gesund und sind die Augenbeschwerden nach weiteren drei Jahren nicht wieder aufgetreten.

Fall 2. Irritation der Augen, Niesanfälle, Adenoide. Die Augensymptome verschwinden dauernd nach Adenotomie und Einblasungen in die Nase.

Fall 3. Jucken und Brennen in den Augen, linksseitiges Thränen. Rhinitis hypertrophica. Nach Cauterisation der Nasenschleimhaut sowie einer Septumspina verschwindet die Epiphora, während die Augenbeschwerden erheblich nachlassen

und sich nur noch zeitweise und in geringem Maasse während der trockenen Saison und bei vielem Staube zeigen.

Es folgen noch mehrere ähnliche Fälle, die sämmtlich dadurch gekennzeichnet sind, dass Irritation und subjective Beschwerden der Augen ohne wirkliche Entzündungserscheinungen, nachgelassen haben oder dauernd verschwunden sind nach einer Nasenbehandlung, die in Cauterisation, Spinectomie und Insufflationen bestanden hat.

H. BURGER.

37) **N. L. Gerlach** und **A. de Kleyn** (Utrecht). **Papillitis durch Ethmoiditis oder Tumor orbitae. (Papillitis door ethmoiditis of tumor orbitae.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 405. 1910.*

Patient, 73 Jahre alt. Doppelbilder seit 5 Wochen. Chemosis links und starker Exophthalmus; das linke Auge ist temporalwärts verlagert. Oedem der linken Wange. Ethmoiditis chronica mit Polypenwucherung. Conchotomia media und Auskratzung des Siebbeins (Quix). Die Sonde geht von der Nase bis in die Orbita. Das Auge bessert sich nicht. Operation von aussen in Narkose. Die Lamina papyracea ist kariös; Auslöffelung von Nasenpolypen. Es wird nur ein Infiltrat, kein Abscess gefunden. Während der ersten 14 Tage allmähliche Besserung; dann aber wieder Verschlimmerung des Augenzustandes. Es wurde an einen Tumor gedacht; Röntgenuntersuchung hatte negatives Resultat. Operation mit Incision am Infraorbitalrande förderte eine grosse Geschwulst des Orbitalbodens zu Tage, welche das Dach der Kieferhöhle durchbohrt hatte. Exenteratio bulbi und Entfernung der Neubildung, welche sich mikroskopisch als Adenocarcinom erwies. Suicidium nach 3 Monaten. Die Wunde war noch nicht vollständig geheilt, allein es gab kein Recidiv.

H. BURGER.

38) **E. Baumgarten** (Budapest). **Sehstörung infolge von Nasenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1910.*

20 Jahre altes Mädchen. Im Mai 1909 unter unerträglichen Kopfschmerzen Erblindung links in 3 Tagen. Befund im September: Druckatrophie des N. opticus, centrales Scotom, Strabismus divergens. Resection der mittleren Muschel, Eröffnung der Keilbeinhöhle, dieselbe war klein, ihre Schleimhaut auffallend hypertrophisch. Die Kopfschmerzen liessen am nächsten Tage nach. Observation, Entfernung der Wucherungen. Allmähliche Besserung der Schmerzen und des Sehvermögens. Nach wiederholten Eingriffen schwand Ende Januar 1910 das centrale Scotom und Pat. kann in 1 m Entfernung die Finger zählen.

POLYAK.

39) **Hanau W. Loeb. Eine Studie über die anatomischen Beziehungen des Nervus opticus zu den Nebenhöhlen der Nase. (A study of the anatomic relations of the optic nerve to the accessory cavities of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juli 1909.*

Verf. hat an 15 Schädeln Untersuchungen angestellt und berichtet über die Grössenverhältnisse der Keilbeinhöhle, über die Lage des Ostium sphenoidale, den Durchmesser des Siebbeinlabyrinths, die Grösse der Stirnhöhle und der Oberkieferhöhle.

Was das Verhältniss des N. opticus zu den Höhlen betrifft, so steht das Chiasma gewöhnlich zu einer oder beiden Keilbeinhöhlen in Beziehung. In mehr als der Hälfte der Fälle lag es hinter der Keilbeinhöhle. Verf. theilt den N. opticus in eine Sinusportion und einen freien Theil, und zwar ist gewöhnlich die erstere grösser. In 5 Fällen stand eine Keilbeinhöhle in Beziehung zu beiden N. optici, während die andere Höhle nicht daran theilnahm; in zwei andern Fällen nahm auch die andere Keilbeinhöhle an der Beziehung Theil und in einem Fall bestand keinerlei Beziehung zwischen N. opticus und einer der beiden Keilbeinhöhlen. Im Allgemeinen hat die hinterste Siebbeinzelle — bisweilen giebt es deren 2 oder 3 — eine sehr geringe Beziehung zum Opticus. In einem Falle trat an Stelle der hinteren Siebbeinzelle eine vordere und diese übernahm die sonst der hintersten Siebbeinzelle zukommende Beziehung zum Opticus. Tritt an Stelle der hinteren Siebbeinzelle das Keilbein, so verläuft der N. opticus längs der äusseren Wand des Siebbeins. Die Stirnhöhle hat keine Beziehung zum Opticus, ausser wenn sie nach hinten in die Siebbeingegend sich erstreckt. EMIL MAYER.

40) **Arnold Knapp. Die Augencomplicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen. (The ocular complications of nasal sinus diseases.)** *The American Journal of the Medical Sciences. Juli 1909.*

Verf. bezeichnet als die bestgekannte (? Red.) Orbitalcomplication der Nasennebenhöhlenerkrankungen die Bildung einer Mucocele, die eine mechanische Verdrängung des Orbitalinhalts bedingt. Die einzige Behandlung besteht in Abtragung der unteren Stirnhöhlenwand und Ausräumung des Siebbeins. Andere Complicationen sind der subperiostale Orbitalabscess, retrobulbäre Neuritis, Augenmuskellähmung, Ciliarneuralgie und Asthenopie. EMIL MAYER.

41) **Wm. Campbell Posey. Einige Augensymptome bei Nebenhöhlenerkrankungen. (Some ocular symptoms of diseases of the nasal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Ausser andern allgemein bekannten Symptomen erwähnt Verf. einen dumpfen Schmerz in den Augen, Photophobie und Conjunctivalerscheinungen nach jedem Gebrauch des Auges, wobei Anwendung von Gläsern nichts nützt und die sofort nach Behebung der Nasenerscheinungen verschwinden. Durch active und passive Hyperämie der Orbitalgewebe wird die Function der extraoculären wie intraoculären Muskeln beeinträchtigt; es kann Doppelsehen resultiren. EMIL MAYER.

42) **G. Boenninghaus** (Breslau). **Ein Schädel mit Defect der Stirn, wahrscheinlich durch Mucocele der Stirnhöhle hervorgerufen.** *Beiträge zur Anat., Phys. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 274. 1910.*

B. fand in einer Capelle einen Schädel, bei dem die Vorderwand beider Stirnhöhlen bis nahe an ihren Rand fehlten. Ein Septum zwischen den Stirnhöhlen war nicht vorhanden und die cerebrale Wand des linken Sinus frontalis zeigte einen rundlichen Defect von ca. 1 cm Durchmesser.

Da die Knochenränder scharf abgeschliffen, hart, glatt und nirgends rauh waren, so glaubt Verf. einen entzündlichen Process ausschliessen zu dürfen, und nimmt an, dass der Defect durch Druckschwund, durch Knochenusur, zu Stande

gekommen sei. Der Druck muss von innen nach aussen gewirkt haben. Für diese Anschauung sprechen die Eversion der Knochenränder, die Ausbauchung resp. Abflachung der inneren Theile des Orbitaldaches, die pfannenartigen Gruben am Boden der Höhle.

Aus all' diesen Gründen schliesst Verf. auf das frühere Vorhandensein einer Mucocele. Die Photographie des Schädels ist der Arbeit beigefügt.

OPPIKOFER.

43) H. J. H. Hoeve. **Die Sinus frontales accessorii posteriores et interni. (The sinus frontales accessorii posteriores et interni.)** *International Journal of Surgery. October 1909.*

Verf. hat den Befund in 32pCt. aller Fälle gemacht; in jedem Falle soll die Eröffnung der Stirnhöhle daher in der Supraciliarregion gemacht werden, da der kosmetische Effect erst in zweiter Linie kommt. Niemals soll die Eröffnung auf intranasalem Wege gemacht werden, der ausserdem gefährlich sei.

EMIL MAYER.

44) Clement F. Theisen. **Bericht über einen Fall von Cyste der Stirnhöhle. (Report of a case of cyst of the frontal sinus.)** *Albany Medical Annals. Mai 1909.*

38jährige Frau, die seit dem 9. Lebensjahre, wo sie einen Fall erlitt, an Kopfschmerzen leidet, besonders auf der linken Seite, und über Druck oberhalb der Augen klagt. Es besteht Ptosis des linken Augenlids, beim Vornüberneigen klagt Pat. über Schwindel. Bei der Operation fand man einen cystischen Tumor, der dünnen Schleim enthielt. Die Vorderwand, sowie der Boden der Stirnhöhle, wurden intact gefunden, doch fehlte ein beträchtlicher Theil der Hinterwand. Heilung.

EMIL MAYER.

45) **Karbowsky** (München). **Beiträge zur Casuistik der Stirnhöhlenerkrankungen mit intracraniellen Complicationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 543. 1910.*

Fall 1. Acute Stirnhöhleneiterung mit hohem Fieber und Oedem bei 14jährigem Knaben. Mehrere Operationen: Bei einer derselben wird extraduraler Abscess constatirt. Meningitische Symptome. Die Möglichkeit einer postoperativen Meningitis im Anschluss an das Curettement wird nicht vollständig ausgeschlossen,

Fall 2. Beiderseitige luetische Stirnhöhleneiterung bei 55jähriger Frau.

Da auf Jodkali nur die periostale Auftreibung an der Stirn zurückging, die Temperaturerhöhungen und die profuse Eiterung trotz Spülungen aber bestehen blieben, so wurden die Stirnhöhlen eröffnet: Vorder- und Hinterwände waren zum grossen Theil nekrotisch, Extraduralabscess. Postoperative Meningitis.

OPPIKOFER.

46) **W. Reipen. Stirnhöhlenentzündung, Pyämie, Meningitis serosa, Heilung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 561. 1910.*

Eine linksseitige Stirnhöhleneiterung führte bei 16jährigem Patienten zu Orbitalabscess und Abscess an der Volarseite des linken Vorderarmes. Trotz

Killian'scher Stirnhöhlenoperation hielt das hohe pyämische Fieber noch circa 4 Wochen an. Auch stellten sich eine beiderseitige Neuritis optica, Netzhautblutungen, Schwellungen des Metacarpophalangealgelenks des rechten III. Fingers und eitrige Bronchitis ein. Eine Lumbalpunction entfernte klaren Liquor unter hohem Druck. Allmähliche Heilung.

Ob wirklich neben der Pyämie eine seröse Meningitis bestand, scheint dem Ref. nicht sicher zu sein.

OPPIKOFER.

47) L. M. Hurd. **Beobachtungen über einige ungewöhnliche Fälle von Stirnhöhlenerkrankung. (Observations on some unusual cases of frontal sinusitis.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

Das eine ungewöhnliche Symptom ist Schwindel mit Neigung, nach vornüber zu fallen; dies Symptom findet man häufig in acuten und chronischen Fällen. Das zweite Symptom, das Verf. erwähnt, ist Neuralgie, die im Supraorbitalast beginnt und sich auf alle andern Trigeminusäste ausbreiten kann; dies Symptom findet sich niemals in chronischen Fällen. Die Schmerzperioden verhalten sich dabei fast umgekehrt wie bei dem gewöhnlichen Stirnhöhlenschmerz, indem sie gewöhnlich um ein und dieselbe Zeit jeden Morgen beginnen, mehrere Stunden anhalten und dann ebenso plötzlich, wie sie anfangen, auch wieder verschwinden. Wenn der Inhalt der Stirnhöhle — oft ein Schleimpfropf von Gummiconsistenz — ausgespült wird, so hören die Schmerzen sofort auf.

EMIL MAYER.

48) G. Fournier. **Doppelseitige Fronto-maxillar-Höhleneiterung. Operation. Heilung. (Sinusite fronto-maxillaire double. Suppuration chronique. Opération. Guérison.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 9. 1910.*

Patient wurde in zwei Sitzungen operirt. Der Autor macht selbst auf die Fehler aufmerksam, die er begangen. Der Mund des Patienten war in einem desolaten Zustande vor der Operation. Der Autor unterliess es, die schadhaften Zähne vor der Operation extrahiren zu lassen. Dadurch kam es zu Sequesterbildung nach der ersten Operation und wurde der beabsichtigte Luc-Caldwell unmöglich. Die operirte Stirnhöhle inficirte sich und es entstanden Recidive. Bei der zweiten Operation gelang es wohl alles Schadhafte zu entfernen, doch musste Fournier die Nachbehandlung nach Art einer Radicaloperation am Ohre machen, d. h. Heilung der ganzen grossen Knochenwunde per secundam anstreben. Merkwürdiger Weise empfiehlt Fournier diese Art der Operation „bei weitem Sinus mit Zeichen von acuter Eiterung".

LAUTMANN.

49) Luc (Paris). **Anwendung der Localanästhesie bei Radicaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 535. 1910.*

L. hat bei einer 33jährigen Wäscherin in Localanästhesie beide Stirnhöhlen radical operirt. Verf. glaubt, dass die Anwendung der Localanästhesie bei den grossen Operationen der Oto-Rhino-Laryngologie nach und nach die Regel werde, und dass das Chloroform allmählich nur mehr bei kleinen Kindern und ängstlichen Personen in Anwendung komme.

OPPIKOFER.

50) **A. E. Prince. Eine Operation zur Obliteration der Stirnhöhle mit Vermeidung von supraorbitaler Deformität. (An operation for frontal sinus obliteration avoiding supraorbital deformity.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Mai 1909.*

Verf. giebt die Abbildungen einiger von ihm benutzter Instrumente und theilt seine Methode in ihren Details mit. Zuerst beseitigt er starke Deviationen des Septums, trägt das vordere Ende der mittleren Muschel ab. Er verwirft die Ausdehnung des Schnitts nach unten seitwärts der Nase, wie er empfohlen wurde, um von da aus nach Resection des Processus frontalis des Oberkiefers besseren Zugang zum Siebbein zu haben. Nach Anlegung des Periostschnitts und Freilegung des Dachs und der inneren Wand der Orbita wird der vordere Theil des Stirnhöhlenbodens entfernt, dann die Höhle curettirt; die entfernteren Winkel werden mit Hilfe eines „Sinuskops" inspicirt, eines Instruments nach Art eines Myringoskops, nur dass die Lampe seitlich angebracht ist. Die Ethmoidalzellen werden durch die Oeffnung von der Stirnhöhle nach der Nase curettirt.

Dann erfolgt Schluss der Wunde. LEFFERTS.

51) **Goris. Zwei Fälle von Periorbitalchirurgie (Krankenvorstellung). (Deux cas de chirurgie périorbitaire [présentation des opérés].)** *Journal de Chirurgie etc. No. 3. 1909.*

In der Belgischen Chirurgischen Gesellschaft vom 27. Februar 1909 stellt Goris 2 von ihm operirte Fälle vor, wovon der eine eine eitrige Fistel des Thränensacks betrifft, operirt mit breiter Umschneidung der Fistel, Massenentfernung der Weichtheile bis auf den Knochen und darauf der cariösen Knochentheile (Siebbein, Unguis, hintere Partie des aufsteigenden Astes des Oberkiefers.) Einlegung eines Jodoformgazestreifens und Sutur.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen kalten Abscess der Orbita in Folge von Caries des Wangenbeins und der Schädelkapsel bei einem $8^1/_2$jährigen Kinde in Form eines einfachen Cystentumors hervorragend am unteren Augenlid unterhalb des äusseren Augenlidwinkels. Resection aller kranken Knochentheile durch eine breite horizontale Lücke hindurch, welche G. dem Proc. zygomat. entlang angelegt hatte. Patient ist seit 7 Jahren geheilt. BAYER.

52) **B. von Gámán** (Kolocsvár, Ungarn). **Rhinolith.** *Orvosi Hetilap. No. 34. 1909.*

Der Stein ist 1,5 cm lang, 1,1—1,3 cm breit, hat sich um einen Kirschkern gebildet. Die Kieferhöhle der betreffenden Seite hat geeitert.

v. NAVRATIL-POLYAK.

53) **Johann Heinrich Siebert. Ueber Fremdkörper und Rhinolithen in der Nase.** (Aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke von Prof Seifert.) *Dissertation. Würzburg.*

Verf. theilt nach kurzen Bemerkungen über das Gelangen der Fremdkörper in die Nase und über das Zustandekommen der Rhinolithen bereits bekannte interessante Fälle mit, bespricht anschliessend daran Symptomatologie und Therapie und theilt zum Schluss 14 in den letzten 4 Jahren in der Würzburger Klinik vorgekommene Fälle mit. Es handelte sich dabei je zweimal um Steinchen,

Rhinolithen, Hemdenknöpfe, je einmal um Korkstück, Sequester nach Kieferhöhlen-operation, Palmkätzchen, Perle, Kalkbrocken, Glasknopf, Gummisauger und einmal entwich der Fremdkörper bei Sondirung nach hinten und konnte nicht mehr aufgefunden werden. SALZBURG.

54) **Moure. Fremdkörper im Nasopharynx. (Corps étrangers dans le naso-pharynx.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 19. 1910.*

Der erste Fall betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind, das einen Fremdkörper von 38 mm Länge, 20 mm Breite, 13 mm Dicke verschluckt hat. Der Vater des Kindes versucht den Fremdkörper heraus zu ziehen, stösst ihn jedoch in das Cavum hinauf, woselbst er 4 Monate liegen bleibt und ausser einer Rhinitis und Foetor ex ore keine Symptome erzeugt. Der zweite Fall betrifft ebenfalls ein $2^1/_2$jähriges Kind, bei dem eine kleine runde Schelle durch denselben Mechanismus wie im vorigen Falle sich im Cavum eingekeilt hatte. Entfernung unter Chloroformnarkose.

LAUTMANN.

55) **M. Bresgen** (Wiesbaden). **Elektrolyse.** *Wiener med. Wochenschr. No. 43. 1909.*

B. empfiehlt lange einfache und einpolige lange Doppel-Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, zum Theile auch als vollwerthigen Ersatz des elektrischen Brenners. U. A. auch bei Heuschnupfen in einem Falle erfolgreich. (Nach dem Vortrage am 16. Internat. Med. Congress in Budapest.) HANSZEL.

56) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Ein neuer Nasentrichter.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1910.*

Beschreibung des Instrumentes. POLYAK.

c. Mundrachenhöhle.

57) **W. Haberfeld. Zur Pathologie des Canalis craniopharyngeus.** *Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 4. H. 1. S. 96. 1910.*

Bei 6 Schädeln von Neugeborenen fand sich 6mal ein vollständig durchgängiger Canalis craniopharyngeus. Er liegt stets genau in der Medianebene und hat einen von hinten oben nach vorn unten schräg gerichteten Verlauf. Seine obere Ausmündung liegt innen an der tiefsten Stelle des Sellabodens, seine untere an der unteren Fläche des Keilbeins befindliche Ausmündung einige Millimeter, 3—7 mm, vor der Synchondrosis sphenooccipitalis. J. KATZENSTEIN.

58) **Hans Kämpf. Ueber extragenitale Syphilisinfection am Mund und im Mund.** (Aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkrankh. von Prof. Seifert.) *Dissert. Würzburg.*

Verf. bespricht zunächst das Zustandekommen des extragenitalen Primäraffects, sodann die Diagnose und Differentialdiagnose und bringt dann in tabellarischer Uebersicht die in der Literatur seit 1905 miigetheilten Fälle (169), denen er 3 in der Seifert'schen Poliklinik beobachtete Fälle hinzufügt. Bei diesen 3 Fällen handelt es sich 1. um einen 7 Jahre alten Knaben mit Primäraffect an den Lippen, der sich durch Aufblasen eines Condoms inficirt hat, 2. um einen

25jährigen Herrn mit Primäraffect an der linken Tonsille, Infection durch Küssen einer Kellnerin („sehr innig und wiederholt"), 3. um eine 25jährige Patientin, Virgo intacta, mit weisser Narbe in der Mitte der Unterlippe, Papeln an den Tonsillen, Plaques an den Stimmbändern, die durch ihren Bräutigam, der eine wunde Stelle an der Lippe gehabt haben soll, inficirt wurde. Zum Schluss spricht. Verf. die Ansicht aus, dass die extragenital erworbene Lues gegenüber der genital erworbenen deshalb häufig einen schweren Verlauf nehme, weil sie meistens nicht rechtzeitig behandelt wird.

SALZBURG.

59) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zur Behandlung der Tonsillitis lacunaris.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 12. 1909.*

Lamann empfiehlt eine Desinfection der Lakunen, um eine Verschleppung der Krankheitskeime zu vermeiden, den Nährboden für die Infectionserreger möglichst umzuwandeln und damit womöglich den Process zu coupiren. Als erfolgreich erwies sich ihm eine gründliche Ausätzung sämmtlicher acut erkrankter Lakunen mit an der Luft verflüssigter Chromsäure. Bezüglich der Technik dieses Vorgehens sei auf das Original verwiesen. Eine einmalige Ausätzung genügt. Daneben empfiehlt Autor immer die Verabreichung eines Salicylpräparates. Auch zur Prophylaxe der phlegmonösen Anginen empfiehlt L. eine gleiche „Desinfection" der Tonsillen. Anschliessend empfiehlt Verf. die Chromsäure in verschiedenen Verdünnungen bei mannigfachen Affectionen der oberen Luftwege, so neben der Blutstillung auch zur Behandlung des Schleimhautlupus, zum Bepinseln luetischer Plaques, zu Spülungen „bei diffus luetischen Erkrankungen der Mundschleimhaut und sonstigen hauptsächlich infectiösen Formen".

HECHT.

60) **Pickenbach** (Berlin). **Mandelentzündung und Rheumatismus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1910.*

Mittheilung zweier Krankengeschichten von nach Tonsillenaffectionen auftretendem Rheumatismus, der durch entsprechende locale Behandlung der erkrankten Gaumentonsillen verschwand. Beide Gelenkaffectionen hatten auf Salicylmedication nicht reagirt.

HECHT.

61) **J. Sidney Pearson. Streptokokkenpericarditis und Colitis nach Tonsillitis. (Pericarditis and Colitis following Tonsillitis.)** *Lancet. Vol. I. p. 3248. 1909.*

Zwei Fälle, von denen einer letal verlief.

WATSON WILLIAMS.

62) **D. Tanturri. Welches ist die Natur des peritonsillären Abscesses bei Patienten mit Lungentuberculose. (Quelle est la nature de l'abcès péritonsillaire chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire.)** *Archives Internationales de laryngologie. Tome XXIX. No. 2. 1910.*

Der von T. beobachtete Peritonsillarabscess zeichnete sich durch verhältmässig geringe reactionslose Erscheinungen und durch das Vorhandensein von indolenten Drüsen am Halse aus. Da der Patient zudem tuberculös war, glaubte T. es mit einer besonderen Art von Peritonsillärabscess zu thun zu haben. Im Eiter fand der Autor einen dem Sebumbacillus nahestehenden Bacillus, der tinctorielle Eigenschaften gemein hat mit dem Tuberkelbacillus. Die Heilung nach

Eröffnung des Abscesses zog sich in die Länge. Ohne den definitiven Beweis zu erbringen, glaubt T. hier ein Analogon zu den bekannten tuberculösen Retropharyngealabscessen gefunden zu haben. LAUTMANN.

63) **Debinski. Ein Fall von Angina Vincentii. (Przypadek Anginy Vincentii.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Bei einem an Kehlkopftuberculose leidenden Kranken entstand ein grauweisser Belag auf der rechten Mandel mit theilweiser Nekrose. In dem Belage wurden typische Bacilli fusiformes gefunden. Der Verlauf der Krankheit war fieberlos, im Harn wurde aber während der Dauer des Processes Eiweis ($^1/_2$ pro Mille) nachgewiesen. Der Verlauf der Krankheit war günstig und das Eiweiss verschwand. A. v. SOKOLOWSKI.

64) **W. R. Murray. Pseudomembranöse Angina. (Pseudomembranous angina.)** *N. Y. Medical Record. 14. August 1909.*

Verf. giebt die Krankengeschichten von drei Patienten, die an chronischer pseudo-membranöser Rachenentzündung litten, bei der die Vincent'schen Spirillen und fusiforme Bacillen nachgewiesen wurden. In dem einen der drei Fälle gingen die membranösen Auflagerungen erst nach localer Application starker Argentumlösung und bei tonischer Allgemeinbehandlung fort. LEFFERTS.

65) **A. L. Weil. Ein Fall von Angina Vinconti mit Demonstration der Mikroorganismen. (A case of Vincent's Angina with Demonstration of the Organisms.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. December 1909.*

Der Fall, der zuerst als ein solcher von Syphilis imponirte, ist deshalb bemerkenswerth, weil er wahrscheinlich der erste ist, in dem die Affection bei einem Neger beschrieben wurde. EMIL MAYER.

66) **Schleifstein. Demonstration von Präparaten des Bacillus fusiformis. (Demonstracya preparatów Bacillus fusiformis.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Die Präparate rühren von drei Kranken her. Dem Verf. nach gehört Angina Vincenti in Warschau nicht zu den seltenen Krankheiten. A. v. SOKOLOWSKI.

67) **Emil Mayer. Zustände der Gaumenmandeln, die einen operativen Eingriff erfordern. (Conditions of the faucial tonsil which call for operative interference.)** *Journal American Medical Association. 28. August 1909.*

Solche Zustände sind: 1. Einfache Hypertrophie mit Behinderung der Athmung. 2. Krankhafte Zustände der Tonsillen, die locale oder allgemeine Infectionen bedingen. Verf. giebt die Resultate der Beobachtungen, betreffend Tonsillarhypertrophie bei New Yorker Schulkindern, wieder. Einige der Kinder zeigten nach Entfernung der hyperplasirten Mandeln eine Zunahme von 100 pCt. gegenüber ihrer früheren Arbeitsfähigkeit. Innerhalb 6 Monaten waren von 81 zu gleicher Zeit operirten Kindern 76 versetzt worden und leisteten in der höheren Klasse Zufriedenstellendes.

Was die krankhaften Zustände der Tonsillen anbetrifft, so bespricht Verf. zuerst die Angina lacunaris, besonders deren recidivirende Form, zählt dann an der Hand der Literatur die mannigfachen anderen nicht-malignen Tonsillar-

erkrankungen auf. Eine besondere Aufmersamkeit verdienen die Tonsillen als Eingangspforte für eine grosse Anzahl ernster Infectionen; dieser Gefahr durch sorgfältige Entfernung der erkrankten Tonsillen vorzubeugen, ist gebieterische Pflicht des Arztes.

AUTOREFERAT.

68) **Bryan D. Sheedy. Entfernung der Tonsillen, opsonischer Index und Immunität. (Tonsil removal, opsonic index and immunity.)** *N. Y. Medical Record. 25. September 1909.*

Nach Ausführungen über Immunität im Allgemeinen sagt Verf.: Natürliche Immunität wird durch Entzündung in der Tonsille herbeigeführt, und eine Art von künstlich erworbener Immunität wird in den Tonsillarkrypten geschaffen durch Agglutination und die Entwickelung des opsonischen Vermögens. Dass Kinder im zarten Alter nicht gründlich immunisirt sind, wird durch die Thatsache bewiesen, dass sie so leicht den das Kindesalter gefährdenden Keimen, z. B. der Pneumonie, Diphtherie, Scharlach etc., erliegen. Die normalen Tonsillen entfalten ihre Hauptthätigkeit während der ersten 2—3 Lebensjahre; dass sie nachher für das Wohlbefinden nicht nothwendig sind, geht daraus hervor, dass wir sie ohne Schaden enucleiren können. In den ersten Lebensjahren sollen sie aber nur dann entfernt werden, wenn sie so erkrankt sind, dass ihre normale Function aufgehoben ist.

LEFFERTS.

69) **O. Tydings. Schmerzlose und blulose Tonsillectomie. (Painless and bleedless Tonsillectomy.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. December 1909.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation unter Cocain-Adrenalinanästhesie.

EMIL MAYER.

70) **J. J. Richardson. Klinisches Bild der Gaumenmandelhyperplasie. Résumé über 850 Operationen. (Clinical aspect of enlarged tonsils. Résumée of 850 operations.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 24. December 1909.*

Die Tonsillotomie muss nicht nothwendig im Hospital gemacht werden; die Operation verschlechtert bei Sängern niemals die Qualität der Stimme; Tonsillectomie ist bei Erwachsenen vorzuziehen.

EMIL MAYER.

71) **A. Morgan Mac Winnie. Digitalenucleation der Gaumenmandeln. (Digital enucleation of the faucial tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1909.*

Verf. rühmt die Methode, die Tonsille mit der Kapsel mittels des Zeigefingers zu enucleiren, als absolut sicher, gefahrlos und prompt.

LEFFERTS.

72) **Lance** (Paris). **Wie man die Tonsillen entfernen muss. (Comment il faut enlever les amygdales.)** *Gazette des Hôpitaux. 2. April 1910.*

Verf. giebt der Tonsillectomie den Vorzug, da sie am radicalsten sei, weniger zu Gefahren und Blutungen Anlass gäbe.

GONTIER de la ROCHE.

73) **John J. Kyle. Beobachtungen an Gaumentonsillen. (Observations on the faucial tonsils.)** *Indianopolis Medical Journal. August 1909.*

Verf. beschreibt die übliche Methode der Tonsillectomie: Loslösung der Tonsille aus ihrer Bucht und Abtragung mit Scheere oder Schlinge.

EMIL MAYER.

74) **R. H. Brown. Die Tonsillenfrage. (The tonsil question.)** *Illinois Medical Journal. December 1909.*

Häufig recidivirende Anginen erfordern die Enucleation der Tonsillen, während bei blosser Hypertrophie die Tonsillotomie genügt. EMIL MAYER.

75) **A. Rejtö** (Budapest). **Indication und Art der chirurgischen Entfernung der kranken Gaumenmandeln.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1910.*

Verf. hält die Tonsillotomie nur für Ausnahmefälle berechtigt und stellt die Tonsillectomie als ein allgemein auszuübendes Verfahren dar. Narkose ist dabei selten (3—4 pCt.) nothwendig, locale Anästhesie wird nur bei Erwachsenen angewendet. Bei der Aufzählung der verschiedenen zu beiden Operation angewendeten Instrumente fehlt die Erwähnung der Brüningsschen kalten Schlinge. Zum Schluss wird die Behandlung der Nachblutungen besprochen, leider giebt uns Verf. keine persönliche Statistik darüber. POLYAK.

76) **Max Rupprecht** (Bremen). **Technische Bemerkungen über die Spritze und Canülen zur Injectionsanästhesie der Mandeln.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 4. 1910.*

Eingehende Beschreibung des Instrumentes, besonders der Canüle, unter Hinweis auf die mannigfachen Fehler der vielfach im Gebrauch befindlichen Canülenansätze. HECHT.

77) **Meerwein** (Basel). **Teleangiectasie der Zunge.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 104. 1910.*

Bei einer 34jährigen Frau Blutung aus einem kleinen Angiom am linken Zungenrande. Keilförmige Excision nach Durchtrennung des Unterkiefers. Mikroskopisch bestand der Tumor aus massenhaft theils vereiterten, theils neugebildeten Capillaren, deren Gefässsprossen das Gewebe durchsetzten und zerstörten.

SEIFERT.

78) **Ombredanne** (Paris). **Ranula sublingualis. (Grenouillette de la glande sublinguale.)** *Société de Pédiatrie. 17. Mai 1910.*

Man darf nicht als constanten Ursprung der Ranula den Hydrops des Schleimbeutels betrachten; in dem einen Fall des Verf.'s wurde der Schleimbeutel völlig normal befunden über einer Speichelcyste, die sich in einem Divertikel der Glandula sublingualis entwickelt hatte. GONTIER de la ROCHE.

79) **Leulier** (Paris). **Beitrag zum Studium der Zungengrundstrumen. (Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue.)** *Thèse Paris. 1909.*

Eine nichts Neues enthaltende Abhandlung. Verf. macht besonders auf das meistentheils infolge functioneller Atrophie der normalen Drüse vorhandene Myxödem aufmerksam und warnt vor zu gründlicher Entfernung.

GONTIER de la ROCHE.

80) **J. Rotgans** (Amsterdam). **Struma sublingualis.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8. 1910.*

Demonstration eines Falles bei einer 46jährigen Frau. Für Zungenvergrösse-

rung charakteristische Veränderungen am Unterkiefer machen die Diagnose congenitaler Zungenstruma wahrscheinlich. Schling- und Sprechbeschwerden datiren von der Jugend her, sind aber in der letzten Zeit schlimmer geworden. Die Fossae submaxillares und sublingualis sind mit Geschwulstmassen ausgefüllt. Ein voluminöser Tumor geht von der hinteren Zungenhälfte aus und verdeckt im Spiegelbild den Kehlkopf gänzlich. An der normalen Stelle keine Schilddrüse palpirbar. Kein Zeichen von gestörter Schilddrüsenfunction.

H. BURGER.

81) **M. Rutgers** (Haag). **Zungenstruma. (Tongstruma.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1505. 1910.*

Demonstration einer 21jährigen Patientin, bei der R. vor $3^1/_2$ Jahren eine Zungenbasisstruma grösstentheils abgetragen hatte. Temporäre mediane Durchsägung des Unterkiefers hatte genügenden Zugang geschaffen und eine nur wenig sichtbare Narbe hinterlassen. An der normalen Stelle war eine Schilddrüse nicht zu fühlen. Keine Zeichen von Cachexia strumipriva. Kein Recidiv, wiewohl pathologisch-anatomisch die Diagnose Adenoma malignum gestellt worden war.

H. BURGER.

82) **C. Mantelli. Circumscriptes Lymphangiom der Zunge von papillärer Form. (Linfangioma circoscritto della lingua a forma papillare.)** *Arch. Ital. di Otol. Vol. XXI. No. 1.*

Klinische Beobachtung nebst histologischem Befund betreffend einen 5jährigen Knaben.

CALAMIDA.

83) **Viannay** und **Magnien** (St. Etienne). **Ein Fall von Lipom der Regio sublingualis. (Un cas de lipome de la région sub-linguale.)** *Société des Sciences médicales St. Etienne. Mai 1910.*

Hühnereigrosser Tumor bei einem 46jährigen Mann; das Lipom täuschte zuerst eine Ranula vor.

GONTIER de la ROCHE.

84) **Giulio Martuscelli. Beobachtung eines Zungenfibroms bei gleichzeitigen Kehlkopffibromen. (Una osservazione di fibroma di lingua concomitante con fibromi di laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. No. I. 1907.*

Beobachtung eines 56jährigen Mannes, der ein kleines Fibrom am linken Zungenrand und ein cystisches Fibrom im Larynx hatte.

FINDER.

85) **v. Khautz. Fibroma sublinguale.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. Juni 1909.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1909.*

Hellergrosse derbe Geschwulst entsprechend dem Frenulum linguae bei einem 9 Monate alten Brustkind.

HANSZEL.

86) **Edmund E. King. Zungenkrebs. Radiumbehandlung. (Carcinoma of tongue. Radium treatment.)** *Canada Practitioner and Review. December 1909.*

67jähriger Mann; Ulceration der linken Zungenseite, die sich nach hinten zum Gaumenbogen erstreckte; die Sublingualdrüse derselben Seite vergrössert. Probeexcision ergab Carcinom. Erhebliche Besserung und Nachlassen der Symptome nach Radiumbehandlung.

EMIL MAYER.

87) A. Depage. **Ueber Zungenresection wegen Krebses. (A propos de la résection de la langue pour cancer.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 1. 1910.*

Im Anschluss an die Mittheilung von drei Fällen von Krebsexstirpationen der Zunge theilt D. seine Technik mit, welche folgende Vortheile bietet:

1. Leichte Dissection des ganzen krebsigen Stranges und Massenentfernung des Initialtumors, der Lymphdrüsen und der Zwischengewebe.

2. Geschwindigkeit: bei den gewöhnlichen Techniken beträgt die mittlere Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunden, bei dem Kranken, welchen er vorstellte, war sie in 20 Minuten zu Ende.

3. Geringere Gefahr der postoperativen Pneumonie; er glaubt in der That dadurch, dass er im Munde keine offene Wundfläche bestehen lässt, beinahe mit Sicherheit diese häufigste und schwerste Complication bei Zungenabtragung von aussen her zu vermeiden.

BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

88) **Weill Hallé — Block Michel** (Paris). **Schnelldiagnose der Diphtherie durch die Complementbindungsmethode. (Diagnostic rapide de la diphtérie par la méthode de fixation du complement.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 27. Mai 1910.*

Verf. beschreibt das Verfahren, durch das es ermöglicht ist, die Diagnose innerhalb drei Stunden zu stellen.

GONTIER de la ROCHE.

89) **H. Schols** (Nieuwpoort). **Diphtherie unter dem Bilde eines Fremdkörpers in einem Hauptbronchus verlaufend. (Diphtheritis verloopend onder het beeld van vreemd lichoem in een hoofdbronchus.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 669. 1910.*

Es handelt sich um ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind, das der diphtherischen Infection erlag. Bei der Section wurden Pseudomembranen bis in die Bronchien herab gefunden.

H. BURGER.

90) **Langley Porter. Behandlung der Diphtherie mit besonderer Rücksicht auf die Prophylaxe der Herzschwäche. (Treatment of Diphtheria with special reference to the prevention of heart failure.)** *Archives of Pediatrics. August 1909.*

Verf. giebt als Anfangsdosis 2800 I.-E. Antitoxin; die Nahrung soll bestehen in Milch und Eiern mit ein wenig Brandy. In extremen Graden von Intoxicationen sollen subcutane Injectionen von Coffein. benzoic. gemacht werden.

EMIL MAYER.

91) **Knauth** (Würzburg). **Therapeutische Erfahrungen bei Diphtherie mit dem Behring'schen Serum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1910.*

Controlversuche über den Verlauf der Rachendiphtherie mit und ohne Serumbehandlung liessen die Vorzüge des Serums deutlich erkennen, die sich namentlich in dem raschen Abstossen der Membranen, der Verhütung von Complicationen und dem Ausbleiben von Nachkrankheiten äusserten. Bei einem besonders schwe-

ren Fall von Rachendiphtherie bei einem Erwachsenen waren die Erfolge der Serumtherapie in die Augen springend. Autor berichtet die Krankengeschichte dieses Falles in extenso und empfiehlt möglichst frühzeitig gleich grosse Dosen zu injiciren, bei Erwachsenen das erstemal mindestens 3000, bei Knaben mindestens 2000 und bei Kindern mindestens 1500 I.-E.; öftere Wiederholungen der Seruminjectionen, die bei schweren Fällen kaum zu umgehen sind, sind gleichfalls unschädlich.

HECHT.

92) **M. D. Hoskins. Bericht über einen Fall von Intubation bei Diphtherie und Anwendung von im Ganzen 6600 Einheiten von Antitoxin. (Report of a case of Intubation for Diphtheria and the use of a total of 6600 units of antitoxin.)** *Indiapolis Medical Journal. Mai 1910.*

Bei einem 5jährigen Mädchen mit Verdacht auf Diphtherie waren die Culturuntersuchungen negativ; nach 2 Tagen ergab die zweite Cultur jedoch ein positives Ergebniss. Patientin erhielt eine Injection von 6000 I.-E. ohne Erfolg; da Kehlkopferscheinungen und Dyspnoe auftrat, so wurden 10000 I.-E. gegeben. Die Dyspnoe nahm zu, es wurde intubirt, jedoch ohne Erfolg. Innerhalb 48 Stunden wurden noch wiederholt 10000 I.-E. injicirt. Die Tube wurde eingeführt und blieb 24 Stunden liegen. Trotz einer Bronchopneumonie erfolgte Heilung in 3 Wochen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **Galatti** (Wien). **Einige allgemeine Bemerkungen zur Untersuchung und Behandlung der Kehlkopfkrankheiten im Kindesalter.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 1. 1910.*

Für den Laryngologen nichts Neues. Erörterung vom Standpunkt des Kinderarztes.

HANSZEL.

94) **J. E. Rhodes. Ergänzender Bericht über einen Fall von Xanthom. (Supplemental report of a case of Xantheme.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Verf. hatte bereits früher über den eigenthümlichen Fall berichtet (cfr. Centralblatt. Bd. XXIII. S. 69). Eine neuerliche Untersuchung zeigte, dass die Affection im Pharynx fast verschwunden war; auch waren die Stimmlippen jetzt sichtbar und die Athmung durch den Kehlkopf ging leicht von statten. Patient hatte oft versucht, die Canüle zeitweise zu entfernen, hatte sie aber nach einiger Zeit immer wieder einführen müssen.

EMIL MAYER.

95) **Vaquier. Acute Epiglottitis. (Epiglottites aigues.)** *Revue hebdomadaire No. 36. 1909.*

Zwei Fälle von acuter Epiplottitis; der eine Fall betrifft einen Arzt, bei dem die Entzündung vereitert war und spontan durchbrach nach vorheriger Betupfung mit Bonam'scher Lösung. Aetiologie unbekannt.

LAUTMANN.

96) **H. Claus** (Berlin). **Gonorrhoische Gelenkerkrankung des Larynx.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 336.*

40jähriger Portier. 8 Tage nach der Infection mit Gonorrhoe Schmerzen und Schwellung im linken Knie, der rechten Mittelzehe und im Nacken. 14 Tage später Schmerzen beim Schlucken und Sprechen: rechtsseitige Stimmbandlähmung, Oedem der rechten Aryknorpelgegend, der aryepiglottischen Falte und der seitlichen Pharynxwand.

Nach 4 Wochen wieder vollständig normale Verhältnisse in Pharynx und Larynx und Ausheilung auch der übrigen Gelenkerkrankungen. OPPIKOFER.

97) **Martin** (Barcelona). **Glottissymptome bei Nebennierenerkrankungen. (Sindroma glottice subrenal.)** *Revista Barcelonesa. März 1909.*

Es handelte sich um eine intensive Infiltration im Kehlkopf im Verlauf einer Infection mit Bact. coli. Man machte die Tracheotomie, jedoch starb Patient zwei Stunden später. Verf. glaubt, dass der Tod herbeigeführt wurde infolge Degeneration der Nebennieren („Syndrome surrénal apoplectique d'Arnaud"). TAPIA.

98) **Henri Claude, Fernand Lemaitre** und **Lyon Caen. Pneumokokkenabscess des Kehlkopfes. (Abcès du larynx à pneumococques.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 10. 1909.*

Im Anschluss an eine croupöse Pneumonie hat sich ungefähr 2 Tage nach der Heilung ein metapneumonischer Abscess des Zellgewebes auf dem Schildknorpel entwickelt. Das Innere des Kehlkopfes ist geröthet, die linke Seite, Epiglottis und falsches Stimmband, sind geschwollen. Heilung nach Incision des äusseren Abscesses. Im Eiter Pneumokokken. LAUTMANN.

99) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Die operative Behandlung einiger Stimmbandverdickungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Rhino-Laryngol. Heft 2. 1910.*

B. berichtet, dass in der einschlägigen Literatur nur sehr spärliche Bemerkungen über Aetiologie und Therapie der Stimmbandverdickungen zu finden seien und schildert 3 Fälle von localisirter einseitiger und doppelseitiger Verdickung der Stimmbänder, deren Behandlung jeglicher Methode trotzte, bis es Autor durch das „Abschälen" des Stimmbandes gelang, eine vollkommene Heilung zu erzielen. Autor empfiehlt dieses Verfahren für ähnliche Fälle. Bezüglich Details und Technik sei auf das Original verwiesen. HECHT.

100) **Erbrich. Ein Fall von Kehlkopffractur. (Przypadek złamania krtani.)** *Medycyna. No. 27. 1909.*

Der Kranke erlitt mit einem Maschinenrad in die Kehlkopfgegend einen heftigen Stoss, wurde dadurch stark dyspnoisch, was zur Ausführung einer Tracheotomie gezwungen hat und seit dieser Zeit entstand eine Fistel in der Kehlkopfgegend, welche Eiter secernirte. Verf. meint, dass in diesem Falle der Ringknorpel gebrochen sei. A. v. SOKOLOWSKI.

101) **Schlender** (Dortmund). **Anspiessung der Trachea im Ringknorpel bei einem 4jährigen Mädchen durch Fall auf einen Stacheldrahtzaun.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Nach der Verletzung Dyspnoe und Hautemphysem, aus der kleinen Oeffnung pfiff Luft, mit Schleim vermischt, heraus. Tracheotomie, Heilung. SEIFERT.

102) **Rancoule. Kehlkopfblutung im Verlaufe einer hypertrophischen Lebercirrhose. (Hémorrhagie du larynx au cours d'une cirrhose hypertrophique alcoolique.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 49. 1909.*

Die 33jährige Patientin kam mit schweren Suffocationserscheinungen unter Beobachtung. Der Kehlkopf war von einer Blutmasse eingenommen, nach deren Abtragung die Suffocation schwand. Die genaue Ursache der Kehlkopfblutung wird nicht näher beschrieben. Aehnliche Blutungen aus dem Kehlkopf im Verlaufe der Lebercirrhose sind von Loubet-Barbon, Bonnier beschrieben worden, sind aber viel seltener als alle anderen Blutungen (Oesophagus, Epistaxis etc.).

LAUTMANN.

103) **Morestin. Kehlkopfwunde. (Plaie du larynx.)** *Société anatomique. 28. Januar 1910.*

Die Wunde brachte sich eine junge Frau mit einem schneidenden Instrument bei. Der Schildknorpel war seitlich in Höhe von 2 cm gespalten. Es resultirte keine phonatorische oder respiratorische Störung. GONTIER de la ROCHE.

104) **Compaired** (Madrid). **Ausgebreitete Perichondritis nach einer traumatischen Laryngitis. (Pericondritis generalizada consecutiva à una laringitis traumatica.)** *Siglo Médico. 2. Januar 1909.*

Bericht über einen Fall mit Obliteration der Glottis bei einem syphilitischen Individuum; Tracheotomie; Heilung. TAPIA.

105) **Iwanoff** (Moskau). **Die Laryngostomie bei den Kehlkopfperichondritiden. (La Laryngostomie dans les périchondrites du larynx.)** (Uebersetzt durch Frl. Kravitz.) *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1910.*

Mittheilung auf dem ersten russischen oto-laryngologischen Congress von St. Petersburg, 26. bis 30. December 1909.

Diese Indicationen für die Operation haben den Autor veranlasst, einige Modificationen an der Technik, welche durch die Arbeiten Sargnon's und Barlatier's festgestellt wurden, anzubringen. Beobachtungen. PARMENTIER.

106) **A. Iwanoff** (Moskau). **Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfs.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 241. 1909.*

In 8 Fällen von Perichondritis nach Typhus abdominalis und Lues hat J. wegen narbiger Verengerung des Kehlkopfes und der Luftröhre die Laryngostomie ausgeführt. Der Erfolg einer mehr als einjährigen Behandlung war folgender: Bei 4 von 8 Kranken gelang es nach mehr wie einjähriger Behandlung die Stenose zu beseitigen, 3 Fälle werden noch dilatirt, und ein Fall mit Trachealgeschwüren und tiefen Abscessen am Halse ist gestorben. Auch bei den vier ersten Kranken ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen: Die stellenweise des Knorpels be-

raubten Wände der Luftröhre sind noch nicht fest genug und fallen leicht zusammen. Es konnte deshalb die Canüle noch nicht vollständig entfernt und auch die Plastik noch nicht vorgenommen werden.

J. empfiehlt die Eröffnung von Eiterhöhlen und fistulösen Gängen und die Entfernung von submucösen Wülsten gleich nach Spaltung des Kehlkopfes vorzunehmen, da dadurch die lange Dauer des Heilungsvorganges abgekürzt wird. Der Autor hat die Kautschuckröhrchen, die das Athmungsrohr erweitern, anfangs an die Trachealcanüle befestigt, in den späteren Fällen aber allein eingeführt und fixirt an einem um den Hals gebundenen Gazestreifen. Zur Deckung des Defectes an der vorderen Wand der Trachea und des Kehlkopfes benutzte J. in einem Falle den Knorpel der Nasenscheidewand, ein $1^1/_2$ Quadratcentimeter grosses Stück.

Im Uebrigen vergleiche die kurze Mittheilung des Autors über denselben Gegenstand (cfr. Centralbl. f. Lar. Bd. 25. 1909. S. 595.)

OPPIKOFER.

107) **Guisez. Drei Fälle von Laryngostomie. (Trois cas de laryngostomie.)** *Société de Pédiatrie. 11. Februar 1910.*

Es handelte sich um alte crico-tracheale Stenosen, die die Tracheotomie nöthig gemacht hatten. Bei dem einen Kinde (14 Jahre alt, seit dem 3. Lebensjahr Canülenträger) war die Atrophie des Kehlkopfes sehr auffallend und man hatte grosse Schwierigkeiten, den Laryngealcanal wiederzufinden. Verf. bedient sich des Verfahrens von Sargnon: Laryngostomie, Kautschuckdilatation, Plastik.

GONTIER de la ROCHE.

108) **Chevalier Jackson. Laryngostomie. (Laryngostomy.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Die Operation, die aus vier Phasen besteht (Eröffnung des Larynx; Incision der Hinterwand, Annähen der Mucosa an die Haut, Einlegung der Dilatationstube und Verband), wird im Detail beschrieben. Der Erfolg der Operation hängt fast ganz von der Sorgfalt, Geduld und Geschicklichkeit ab, mit der die Nachbehandlung geführt wird. Beim Versuch des Schlusses kommt es darauf an, das Narbengewebe los zu werden und das neugebildete Kehlkopflumen zuerst mit kleinen festen Granulationen, dann mit Epidermis zu bekleiden. Von den Fällen des Verf.'s ist einer noch in Behandlung, vier wurden durch Laryngostomie ohne Dilatation geheilt, bei zwei traten Recidive auf und sie wurden nachher nach der Killian-schen Methode geheilt. Die Dauer der Behandlung betrug 5 Monate bis 3 Jahre.

EMIL MAYER.

109) **Hansberg** (Dortmund). **Laryngostomie wegen completter subglottischer Occlusion des Kehlkopfes.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Vor 5 Jahren Tracheotomie wegen Diphtherie, unterhalb der Stimmbänder eine Membran von röthlicher Farbe. Bei der Laryngostomie Entfernung der Membran und subperiostale Resection des verdickten, verknöcherten Ringknorpels, Einpflanzung von zwei zungenförmigen Hautlappen seitlich in den Defect.

SEIFERT.

110) **E. von Navratil. Laryngo-Tracheotomien [1858—1908]. (Laryngo-Trachéotomies.)** *Arch. Int. de Laryngologie. Vol. XXVIII. No. 5.*

Uebersetzung einer in der Pester Med.-Chir. Presse (No. 20 ff. 1909) erschienenen Artikelserie.

LAUTMANN.

111) **V. Nicolai. Neuer Apparat zur Kehlkopfintubation. (Nuovo apparecchio di intubazione laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. XXI. No. 1. 1910.*

Verf. beschreibt an der Hand von Abbildungen ein neues Intubationsmodell, das eine zweckmässige Modification des O'Dwyer'schen darstellt, aber nur für acute Kehlkopfstenosen bestimmt ist.

FINDER.

112) **Harris Peyton Mosher. Directe Intubation des Kehlkopfs. (Direct intubation of the Larynx.)** *The Laryngoscope. October 1909.*

Unter Aether wird der Kehlkopf direct durch das Mosher'sche Speculum mit einer speciell angegebenen Tube intubirt, nachdem die Verwachsungen mittels eines Urethrotoms getrennt sind.

EMIL MAYER.

113) **Henry L. Swain. Bemerkungen über den Gebrauch der Killian'schen Röhren bei Fremdkörpern der Trachea und des Oesophagus. (Remarks on the use of Killian's tubes in dealing with foreign bodies in the trachea and the esophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Januar 1910.*

Verf. berichtet über mehrere Fälle: Ein Melonenkern bei einem 10jährigen Knaben in der Trachea, Entfernung mittels Tracheoskopie; 5jähriger Knabe mit einer Pfeife im oberen Teil des Oesophagus, alle Extractionsversuche misslangen, der Fremdkörper wurde schliesslich in den Magen gestossen und per rectum entleert.

EMIL MAYER.

114) **James Hardie Neill. Einiges über Athmungsverlegung. (Some points on respiratory obstruction.)** *New Zealand Medical Journal. November 1909.*

Bericht über die Entfernung eines halben Erdnusskerns (pea-nut) aus dem linken Bronchus nach voraufgegangener Tracheotomie.

Was die häufigste Kehlkopfstenose anbelangt — die bei Diphtherie — und ihre Behandlung mit Intubation, so sagt Verf., dass am vierten Tage nach Entfernung der Tube oft von Neuem Dyspnoe eintritt; man führt dann temporär die Tube wieder ein und tracheotomirt. Es wird eine Anzahl von Krankengeschichten mitgetheilt.

A. J. BRADY.

115) **J. Maltese. Ein frei in der Trachea liegender Fremdkörper und ein anderer im Kehlkopf festsitzender. Tracheotomie. Laryngofissur. (Di un corpo straniero libero in trachea e di un altro fisso in laringe. Tracheotomia, laringofissura.)** *Arch. Ital. de Otologia. XXI. No. 4. 1910.*

Fall I.: 3jähriger Knabe, der einen Kürbiskern in die Trachea aspirirt hat; continuirlicher Husten, Dyspnoe, Tracheotomie; Ausstossung des Fremdkörpers durch einen heftigen Hustenstoss durch die Tracheotomiewunde. Heilung.

Fall II. $3^1/_2$jähriger Knabe, bei dem ein Hühnerknochen im Kehlkopf festsitzt; Stenoseerscheinungen, Heiserkeit, Schmerzen im Kehlkopf. Extraction des Fremdkörpers mittels Laryngofissur. Heilung.

CALAMIDA.

116) **Chevalier Jackson. Freiwillige Aspiration eines Fremdkörpers in die Bronchien; Entfernung durch Bronchoskopie. (Voluntary aspiration of foreign body into the bronchi; removal by bronchoscopy.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Es handelte sich um eine 41 jährige Frau. Die Bronchien waren voll von massenhaftem Eiter, nach dessen Entfernung auf bronchoskopischem Wege zwei Tapezierernägel leicht entfernt wurden. Nach 4 Monaten kam Pat. mit denselben Symptomen und sagte, es müssten noch mehr Nägel in der Lunge sein. Die Röntgenaufnahme zeigte auf jeder Seite des Thorax einen Nagel. Es war klar, dass es sich um eine hysterische, wenn nicht demente Person handeln musste. Es bestand wieder eine intensive Entzündung der gesammten Bronchialschleimhaut und grosse Mengen Eiters mussten entfernt werden. Der eine Nagel, der in einem Ast des rechten Mittellappenbronchus sass, konnte leicht entfernt werden, wogegen dies bei dem zweiten Nagel, der in dem hinteren Ast des linken Unterlappenbronchus in blutenden Granulationen sass und dessen Spitze die gegenüberliegende Wand des nächsten grösseren Astes perforirt hatte, ungemein schwierig war. Zwei unmittelbar nach der Operation aufgenommene Radiogramme zeigten, dass keine Nägel mehr im Thorax vorhanden waren.

Pat. hatte die ersten Nägel ohne Zweifel zufällig aspiriert. Das Interesse, das ihr Fall erregte, entwickelte bei der neurotisch veranlagten Patientin eine Hysterie, die sich jetzt auf mannigfachste Weise manifestirt.

EMIL MAYER.

117) **Hansberg** (Dortmund). **Entfernung einer Puppe gleich oberhalb der Bifurcation durch untere Bronchoskopie.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Das 4 cm lange Spielzeug war von einem 11 jährigen Mädchen in die Trachea aspirirt worden. Tracheotomie, Bronchoskopie, Entfernung des Fremdkörpers mit der Brünings'schen Zange.

SEIFERT.

118) **R. Schilling** (Freiburg i. Br.). **Ein Beitrag zu den chronischen Fremdkörperfällen der Lunge.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 235. 1909.*

Während ca. 3 Jahren Knochenstück im rechten Unterlappenbronchus bei 33 jährigem Bildhauer. Obere Bronchoskopie in Localanästhesie. Extraction. Heilung.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

119) **W. D. Haines. Chirurgische Behandlung des Hyperthyreoidismus. (Surgical treatment of Hyperthyreoidism.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1910.*

Verf. bemüht sich an der Hand der Literatur und anatomischer wie embryologischer Betrachtungen zu zeigen, dass das als Kropf bezeichnete Symptomenbild einer Ueberthätigkeit der Nebennieren zuzuschreiben ist, die ihre primäre Ursache in übermässiger Zufuhr von Thyreoglobulin in das Blut hat.

EMIL MAYER.

120) **Max Bühler** (Tübingen). **Ueber die Lymphocytose bei Basedow'scher Krankheit und bei Basedowoid.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1910.*

Auf Grund seiner in der v. Romberg'schen Klinik vorgenommenen Untersuchungen kommt B. zu folgenden Schlussfolgerungen:

„1. Bei echtem Basedow und bei den ausgeprägten Formen von Basedowoid ist eine relative Lymphocytose im Blute so gut wie constant vorhanden.

2. Die Zugehörigkeit eines zweifelhaften Falles zu obigen auf thyreotoxischer Basis beruhenden Krankheitsfällen lässt sich durch die Blutuntersuchung in positivem Sinne entscheiden, wenn sie eine procentuelle Vermehrung der Lymphocyten ergiebt. Das Vorhandensein einer Lymphocytose ist also in diesen Fällen von entschieden differentialdiagnostischer Bedeutung. Das Fehlen der Lymphocytose in einem Fall von Basedow oder Basedowoid berechtigt an sich jedoch nicht zur Ablehnung dieser Diagnose.“

HECHT.

121) **C. H. Mayo. Ligatur der Schilddrüsengefässe in gewissen Fällen von Hyperthyreoidismus. (Ligation of the thyroid vessels in certain cases of Hyperthyroidism.)** *Annals of Surgery. December 1909.*

Im St. Mary's Hospital sind 580 Patienten, die an Hyperthyroidismus (Morbus Basedow) litten, operirt worden; dabei handelte es sich 225 mal um die Unterbindung der Arteriae und Venae thyroideae superiores. Die Zahl der Todesfälle, die direct der Operation zur Last fallen und innerhalb ein paar Tagen erfolgten, betrug 2 pCt. Zehn Patienten wurden zu spät operirt und wurden nicht gebessert, sondern gingen 8—10 Monate später an ihrer Krankheit zu Grunde; unter diese Fälle ist einer von perniciöser Anämie eingerechnet.

Verf. verfügt über 138 Fälle, bei denen die Vornahme der Ligatur lange genug her ist, um daraus Schlüsse ziehen zu können. In 12 Fällen wurde, als nach Thyreodectomie des grösseren Lappens und Isthmus ein oder mehrere Jahre später ein Recidiv mit Wachsthum des zurückgelassenen Lappens auftrat, Art. und Ven. sup. des letzteren unterbunden. In 28 Fällen wurde nach Unterbindung beider Art. und Ven. sup. die Thyreodectomie gemacht. Obwohl es sich bei diesen zur Zeit der Ligatur ausschliesslich um sehr schwere Fälle handelte, hatte die zweite Operation keinen Todesfall im Gefolge.

In den Fällen von blosser Ligatur ohne Thyreodectomie waren die Resultate wie folgt: 9 leichte Besserungen, 44 erhebliche Besserungen, 11 sehr ausgesprochene Besserungen, 4 absolut gesund; 9 Fälle von zweifelhaftem Morbus Basedow ohne Besserung.

EMIL MAYER.

122) **Lewin** (Bern). **Die Beziehungen der ätiologischen Momente zum Verlauf des Morbus Basedowi.** *Dissert. Bern 1909.*

a) Aetiologische Momente der langsam beginnenden Fälle: Ueberanstrengung, andauernde Krankenpflege, Aufregung und Aerger.

b) Aetiologie der plötzlich auftretenden Fälle: acute Ueberanstrengung im Sport, Schreck, heftiger Aerger.

c) Keine nachweisbaren ätiologischen Momente mit ganz langsam beginnender Krankheit.

Verf. kommt zum Schlusse, dass starke und plötzlich einwirkende Ursachen einen rascheren Verlauf und höheren Grad der Erkrankung zur Folge haben, und dass die Fälle ohne bemerkbare Ursachen langsam und gelinde verlaufen.

JONQUIÈRE.

123) C. H. Mayo. **Intrathoracischer Kropf. (Intrathoracic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 12. März 1910.*

Verf. sagt, dass möglicherweise eine Transposition der Thymus und der unteren Pole der Schilddrüse den substernalen Kropf bilden. Diese Geschwülste bestehen gewöhnlich aus einer diffusen Colloidgeschwulst oder einem eingekapselten Adenom, und wenn sie sich vollkommen von der Schilddrüse abtrennen, so wandern sie. Sie kommen gewöhnlich mit einem einfachen Kropf zusammen vor und werden meist durch Complicationen, die während der Thyreodectomie entstehen, entdeckt.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

124) Guisez und Abrand (Paris). **Einfaches Oesophagusgeschwür. Oesophagoskopische und klinische Studie. (Ulcère simple de l'oesophage. Étude oesophagoscopique et clinique.)** *Journal des Practiciens. 14. Mai 1910.*

Verff. haben bei einem Patienten, der über ein Compressionsgefühl in der Gegend des Schwertfortsatzes klagte, die Affection auf ösophagoskopischem Wege diagnosticiren können. Auch die Behandlung ist auf diesem Wege möglich; sie besteht in Argentumätzungen.

GONTIER de la ROCHE.

125) Wm. Lerche. **Vier neue Fälle von Speiseröhrenstrictur. (Four new cases of stricture of esophagus.)** *Journal Minnesota State Medical Association. 1. December 1909.*

In drei Fällen handelte es sich um Kinder, in einem um einen erwachsenen Mann; in allen Fällen handelte es sich um Laugenverätzungen. Die Behandlung bestand in Durchtrennung der Stenose und Dilatation.

EMIL MAYER.

126) Guisez. **Narbenverengerung in der Speiseröhre. (Formes de rétrécissements cicatriciels à types anormaux.)** *Bulletin de laryngologie. Tome XIII. April 1910.*

Guisez stellt 10 von ihm beobachtete Fälle von Oesophagusstricturen zusammen. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf das grosse Zeitintervall, das zwischen auslösender Ursache (Vergiftung mit Aetzlauge, Trauma nach Fremdkörper etc.) und Strictur bestehen kann, in einem Falle fast 13, in einem anderen Fall 50 Jahre. Die Diagnose ist hierdurch manchmal erschwert, namentlich bei älteren Personen, wo man leicht an ein Neoplasma denkt.

LAUTMANN.

127) Percy G. Waller. **Tödtliche Oesophagusblutung 8 Tage nach Verschlucken eines Fremdkörpers. (Fatal esophageal hemorrhage eight days after swallowing foreign body.)** *Albany Medical Annals. Januar 1910.*

Bei der Autopsie fand man zwei lineare Geschwüre im Oesophagus in der

Höhe der Bifurcation. Eines derselben communicirte mit der Aorta. Der Fremdkörper — ein Knochen — wurde nicht gefunden. EMIL MAYER.

128) **Fred D. Bird. Bemerkungen über einen Fall von secundärer Blutung. (Notes on a case of secondary hemorrhage.)** *Australasian Medical Journal. 20. Mai 1910.*

Die Blutung trat 14 Tage nach einer Oesophagotomie wegen Entfernung einer Zahnplatte auf, die ungefähr in Höhe des Ringknorpels lag. Die Blutung führte fast zum Tode des Patienten. Das blutende Gefäss wurde nicht gefunden. Es wurde 48 Stunden hintereinander Digitalcompression ausgeübt. Heilung.

A. J. BRADY.

129) **Schlender** (Dortmund). **Fremdkörper im Oesophagus.** *Med. Klinik. 25. 1910.*

Zahnersatzplatte mit einem Zahn und Goldhaken an einem Ende, die beim Mittagessen in den Oesophagus gerathen war, wurde mit Hülfe der Oesophagoskopie entfernt. SEIFERT.

130) **Max Tiegel. Die chirurgische Behandlung des Speiseröhrenkrebses, ihr gegenwärtiger Stand und ihre Aussichten für die Zukunft.** *Münchener med. Wochenschr. No. 17. 1910.*

Das Sauerbruch'sche Druckdifferenzverfahren und die von Sauerbruch und Tiegel durch Thierversuche ausgearbeiten Methoden der Vereinigung von Magen und Oesophagusstumpf haben die Möglichkeit nahe gerückt, die bisher inoperablen tiefsitzenden Oesophaguscarcinome erfolgreich in Angriff zu nehmen. Autor bespricht die verschiedenen Methoden und angegebenen Modificationen, sowie die möglichen Complicationen und deren Vermeidung eingehend und giebt der Hoffnung Ausdruck, dass durch Vervollkommung der Technik, rechtzeitige Diagnose, frühzeitige Ueberweisung zur Operation und strenge Indicationsstellung auch diese bisher aussichtslosen Fälle einer erfolgreichen chirurgischen Behandlung in der Zukunft zugängig sein werden. HECHT.

131) **D. v. Navratil** (Budapest). **Modell eines Dilatations-Gastroskops.** *Orvosi Hetilap. No. 12. 1910.*

Das Instrument hat sich an Leichen gut bewährt, ist aber an Lebenden noch nicht versucht worden. Verf. hat sich behufs Vervollkommnung seines Instrumentes an Dr. Brünings gewendet. POLYAK.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Onodi. Pathologie und Therapie der Nasenkrankheiten.** Mit 123 Abbildungen. Wien und Leipzig. Alfred Hölder. 1910. M. 4,30.

In 157 Seiten ist es dem Verfasser gelungen, eine gute Uebersicht über dieses ausgedehnte Gebiet zu geben. Alles für den Practiker Nöthige ist klar, wenn auch in Kürze erörtert, ja die Anatomie der Nase und die Erkrankungen der

Nebenhöhlen sind nach den neuesten Ergebnissen der Forschung sogar ziemlich ausführlich abgehandelt. Das Verständniss der verwickelten Verhältnisse wird durch die zahlreichen nach eigenen Präparaten gezeichneten Abbildungen sehr erleichtert.

Onodi, welchem wir so viele werthvolle Arbeiten über die Anatomie der Nase und besonders der Nebenhöhlen verdanken, hat es eben verstanden, die belehrendsten seiner Abbildungen auszuwählen.

Mehr als ein Drittel des ganzen Büchleins ist den Erkrankungen der Nebenhöhlen gewidmet, deren Diagnose und intranasale und extranasale Therapie in gut verständlicher Weise beschrieben wird.

Bei der Kieferhöhle wird mit Recht der grosse Werth der Caldwell-Luc-schen Operation betont, welche alle anderen Methoden weit übertrifft. Doch werden auch die Indicationen für die intranasalen Behandlungsmethoden berücksichtigt.

Ebenso mit Recht werden die grossen Vorzüge der Röntgenphotographie gegenüber der Vohsen'schen Durchleuchtung bei der Diagnose der Stirnhöhlenerkrankungen hervorgehoben. Die Behandlung der Eiterungen der Stirnhöhlen wird in ihren Grundzügen ganz vortrefflich erörtert.

Dasselbe gilt von den Siebbein- und Keilbeinhöhlen, wobei überall den modernsten Grundsätzen Rechnung getragen wird; dass die cerebralen und orbitalen Complicationen der Erkrankungen der Nebenhöhlen unser therapeutisches Vorgehen ganz wesentlich beeinflussen, betont der Verfasser mit Nachdruck und giebt die Regeln für die Wahl des Eingriffes.

Das Buch ist also trefflich geeignet, um den Practiker in die Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen einzuführen, ja es bietet sogar dem erfahrenen Specialisten viele Anregung. Druck und Ausstattung sind tadellos. Druckfehler sind spärlich; dass Seite 120 die Sonde in der Keilbeinhöhle liegt, ist so selbstverständlich, dass man kein Missverständniss zu fürchten braucht.

Jedenfalls wird das Buch einen grossen Leserkreis finden.

O. Chiari (Wien).

---

b) Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen.

XVII. Tagung zu Dresden am 11. und 12. Mai 1910.

Referat, erstattet vom Schriftführer F. Blumenfeld (Wiesbaden)*).

Vorsitzender: Prof. Jurasz (Lemberg).

11. Mai: Demonstrationen der Herren Mann und Hoffmann im Johannstädter und Friedrichsstädter Krankenhaus zu Dresden.

Es werden eine Reihe interessanter Präparate aus den verschiedenen Gebieten der Rhinologie, Laryngologie und Bronchoskopie vorgezeigt und erläutert.

12. Mai: Aus der Geschäftssitzung ist hervorzuheben, dass als Ort der nächsten Tagung Frankfurt a. M. gewählt wurde. Zum Vorsitzenden wurde Prof.

---

*) Der ausführliche Bericht der Verhandlungen erscheint im Verlage von C. Kabitsch in Wiesbaden.

Killian in Freiburg i. B., zum 2. Vorsitzenden Prof. Seifert in Würzburg, zum Schriftführer Dr. R. Hoffmann in Dresden, zum Kassenführer Dr. Boenninghaus gewählt. Der B. Fränkel-Preis wurde auf Antrag Geheimrath B. Fränkel's Prof. Killian verliehen.

Wissenschaftliche Verhandlungen.

1. L. Polyak (Budapest): Ueber Principien der intra-nasalen Chirurgie.

P. ist zu der Ansicht gelangt, dass die Rhinologie, den Principien der grossen Chirurgie folgend, die Eingriffe an der Nase und deren Nebenhöhlen möglichst in einer Sitzung erledigen sollte. Die Neigung, das Vorgehen auf verschiedene Sitzungen zu vertheilen, stammt aus der Zeit, als man noch nicht durch die modernen Blutstillungsmittel vor erheblichen Blutungen gesichert war. Die Vortheile des einzeitigen Vorgehens werden näher ausgeführt. Die ambulante Behandlung ist allerdings bei dieser Art des Vorgehens nicht möglich. Die Kranken sollten daher, soweit es die Umstände irgend erlauben, in klinischer Behandlung gehalten werden. Bei dieser ist auch im Allgemeinen die Tamponade der Nase nicht nothwendig. Seit 12 Jahren hat P. es sich zum Princip gemacht, in einer Nasenseite die Aufgabe, die der Fall stellt, vollkommen zu erledigen. Seit 2 Jahren verfolgt er das Princip, bilateral vorzugehen. Er hat in der Zeit vom 1. Mai 1908 bis 31. März 1910, also in 23 Monaten, 220 Nasenoperationen ausgeführt, darunter 87 einseitige und 133 bilaterale. Unter den 87 einseitigen Operationen waren (11 submucöse Septumresectionen mit einbegriffen) 57, in welchen nur eine einfache Aufgabe zu lösen war. In den übrigen 30 Fällen sind combinirte Operationen von Muschelhypertrophie, Nasenpolypen, Eiterungen des Siebbeins u. s. w. ausgeführt worden. Die einfacheren Operationen, wie Entfernung der Hypertrophie der unteren Muschel, Nasenpolypen etc., erledigten sich auf diese Weise bestens. Etwas schwieriger waren die Fälle von Lupus und Tuberculose der Schleimhaut wegen der Blutung. Doch gelang es auch hier, in einer Sitzung schnell Vernarbung zu erzielen. Ein Abweichen von diesen Principien hat P. im Wesentlichen nur insofern für nothwendig erachtet, als er gleichzeitig mit der submucösen Septumresection keine anderen Eingriffe ausführte, da er befürchtete, dass bei der event. Nachblutung die Tamponade der Nase die nur aus Schleimhaut bestehende Nasenscheidewand gefährden könnte. Doch ist nach Angabe von Katz auch eine gleichzeitige Entfernung von Muschelhypertrophie nicht ausgeschlossen. P. hat mit seiner Methode 90 pCt. der Operationen bilateral erledigt und nur in 10 pCt. war er zu einem mehrzeitigen Vorgehen gezwungen. Anlass zu einer derartigen Verschiebung des Eingriffes gaben etwas stärkere Blutung und Neigung zur Syncope. Nach Aufhören der Adrenalinwirkung pflegt eine geringere Blutung einzutreten, die aber keine Tamponade nothwendig macht. Nur in 20 pCt. der Fälle kam eine etwas erheblichere Blutung, die durch Adrenalinspray 1 : 10000 stand, nur in 5 pCt. der Fälle muss die eine oder die andere Nasenseite tamponirt werden, 3mal Bellocq'sche Tamponade, eine bilaterale Blutung wurde nicht bemerkt. Vorbereitung und Asepsis werden genauer besprochen, Anästhesie mit Cocain 10 bis 20proc. Lösung. Durch Spray vorher Zerstäuben einer verdünnten Cocain-Ad-

renalinlösung. Bei eingreifenderen Operationen $^1/_2$ Stunde vor der Operation Morphiuminjection. Nach der Operation Bettruhe, ständige Ueberwachung, öftere Inspection des Rachens, besonders in der Zeit, in der eine Blutung zu erwarten ist; Schneuzen nicht vor 24—48 Stunden.

Discussion:

von Eicken (Basel) stimmt besonders mit der vom Vortragenden betonten Nothwendigkeit der klinischen Behandlung überein. Die beste Tamponade ist die mit Gummischwamm. Noch einfacher ist die Einführung eines Gummifingers in die Nase, der aufgeblasen und dann zugeschnürt wird.

Kretschmann (Magdeburg) betont, dass dieses Princip schon früher von Aufrecht geübt wurde.

Winckler (Bremen) schliesst sich den Principien des Vortragenden an, empfiehlt zugleich bei multiplen Empyemen die Röntgenaufnahme.

Rosenberg (Berlin): Historische Bemerkungen zur Gummifinger-Tamponade.

Denker (Erlangen): Polyak hat empfohlen, einen Wattetampon nach der Operation zum Verschluss einzufügen. Ich lasse den Wattepfropf fort und glaube, dass das Durchstreichen der Luft durch die Nase die Coagulation des Blutes fördert und vor Nachblutung schützt.

Krebs (Hildesheim): In gewissen Fällen, namentlich bei Rhinitis hypertrophica ist ein einzeitiges Operiren nicht möglich. Nachblutungen sind dadurch zu vermeiden, dass man den Patienten empfiehlt, tief durch die Nase einzuathmen und durch den Mund auszuathmen.

Killian (Freiburg) nimmt, seit er eine Klinik hat, jeden Patienten mit intranasaler Operation 1—3 Tage in diese auf. Operationen der unteren Muschel werden fast immer gleichzeitig auf beiden Seiten ausgeführt und dann 2—3malige Pinselungen mit 10proc. Wasserstoffsuperoxyd, Wattepfropf in den Naseneingang. Auch sonst operirt K. doppelseitig, empfiehlt aber strenges Individualisiren.

Ruprecht (Bremen): Die einzeitigen Operationen erleiden gewisse Beschränkungen durch das Princip der Erhaltung rückbildungsfähiger Theile. Wenn man bei Mandeloperationen nicht narkotisirt, kann man gleichzeitig auch Wucherungen der unteren Muschel entfernen.

Polyak (Budapest) (Schlusswort) stellt fest, dass im Ganzen die Discussion Zustimmung zu seinen Anschauungen ergeben hat. Nachblutungen sind bei klinisch behandelten Kranken, wenn diese bilateral behandelt werden, nicht häufiger.

2. Denker (Erlangen): Zur Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems in Localanästhesie.

D. führt die Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems nach seinem Verfahren in folgender Weise aus: $^1/_2$ Stunde vor Beginn des Eingriffs Morphiuminjection (0,01—0,02); Einpinselung der Gingivaschleimhaut der zu operirenden Seite mit 10—20proc. Cocainsuprareninlösung; subperiostale Injection einer Novocain-Suprareninlösung (Novocain 1,0 auf 100 g physiol. Kochsalzlösung, der 80 Tropfen einer 1 prom. Suprareninlösung zugesetzt werden). Die Einspritzung erfolgt zuerst in der Richtung nach oben gegen den Supraorbitalrand, dann nach vorn oben gegen die Apertura piriformis zu und schliesslich an der Austrittsstelle

des Nervus infraorbitalis. Nun wird an die laterale Wand des unteren Nasenganges ein in 10proc. Cocain-Suprareninlösung getauchter Gazetampon gelegt (20 Tropfen einer 1prom. Suprareninlösung auf den Cubikcentimeter der 10proc. Cocainlösung). 10 Minuten nach Beginn der Infiltration Durchtrennung und Zurückschiebung der Weichtheile. Nachdem mit flachen Meisselschlägen die faciale Wand in etwa Zehnpfennigstückgrösse abgetragen ist, wird die freigelegte Kieferhöhlenschleimhaut mit einem in 10proc. Cocain-Suprareninlösung getauchten Gazetampon bedeckt. Alsdann folgen von der Apertura piriformis aus subperiostale Novocain-Supraremininjectionen entlang der lateralen Wand des unteren Nasenganges (2—3 ccm).

Nach Excision der freigelegten Kieferhöhlenschleimhaut wird nun ein mit 10proc. Cocain-Suprareninlösung getränkter Gazetampon in die Kieferhöhle eingelegt. Um bei empfindlichen Personen vollständige Schmerzlosigkeit zu erreichen, kann man an der hinteren Kante der Kieferhöhle (perforirende Trigeminusfasern) noch Novocain-Supraremininjectionen machen. Im Ganzen werden bei einseitiger Operation 10—12 ccm Novocain-Suprareninlösung injicirt, bei doppelseitiger Operation kann man 20 ccm ohne Gefahr einspritzen. D. hat nach seiner Methode 41 zum Theil sehr schwere veraltete chronische Empyeme mit dem stets gleichen Erfolge dauernder Heilung operirt.

Vor der von Sturmann empfohlenen endonasalen Operation des Kieferhöhlenempyems kommt der Methode nach Denker der Vorzug der grösseren Uebersichtlichkeit während der Operation, der glatteren Heilung und der kürzeren Nachbehandlungsdauer zu.

Wassermann (München) benutzt zur Anästhesie Novocain-Alypinlösung, und zwar als Leitungsanästhesie von aussen her geführt. Er geht direct in den Nerv durch das Foramen infraorbitale, empfiehlt auch Morphin-Skopolamin-Narkose. Die Langenbeck'schen Haken hat W. in der Weise modificirt, dass er ihnen noch drei scharfe Zinken angefügt hat. Die Weichtheile werden dadurch besser zurückgehalten.

Sturmann (Berlin) vertheidigt das von ihm an anderer Stelle beschriebene Operationsverfahren. Von der Nase aus kann man vollkommen hinreichende Uebersicht der Kieferhöhle bekommen. Klinische Behandlung ist nicht erforderlich. Bei der Eröffnung von der Fossa canina aus hat St. so starke Blutungen gehabt, dass er die Operation nicht zu Ende führen konnte.

Denker (Erlangen) (Schlusswort) zieht es vor, von der Skopolaminnarkose Abstand zu nehmen. Die von Wassermann empfohlene Leitungsanästhesie ist der Nachprüfung werth, doch kommt man auch ohne sie aus. Die von Sturmann befürchtete Intoxication tritt leicht auf. Die Chirurgen verwenden selbst bei Kindern weit grössere Dosen von Novocain. Die Vorzüge der Sturmann'schen Operation erkennt D. nicht an. Unstillbare Blutungen hat D. bei seiner Methode nicht beobachtet.

3. Winckler (Bremen): Schnittführung zur submucösen Septumresection.

In denjenigen Fällen, in welchen die an das Septum mobile sich ansetzende

vordere Knorpelspange nach Beseitigung der Deviation noch ein Athmungshinderniss bildet, empfiehlt sich der von Hajek und Menzel empfohlene Schnitt dicht vor dem vorderen Knorpelende als das Beste. Ein Nasenspeculum ist dazu nicht erforderlich. Sobald man bei schichtweisem Präpariren an einer Stelle auf Knorpel gelangt, lässt sich von hier aus der Ueberzug in toto leicht mit einem schmalen Elevatorium unterminiren, abheben und der noch unvollendete Theil des Schleimhautschnittes mit einer Scheere beenden. Ist der vordere Rand des Knorpels nicht so deviirt, dass er erhalten bleiben kann, so legt W. den Schnitt weiter nach hinten und erhält einen vorderen Knorpelrand. Gewisse Schwierigkeiten ergiebt die Ablösung des Schleimhautüberzuges bei breit dem Nasenboden anliegenden Leisten. In diesen Fällen muss der typische Schnitt nach hinten verlängert werden. In den Fällen von tiefliegenden Leisten wird mit einem bogenförmig sogleich vorn in den Nasenboden zu legenden Schnitt der vordere Knorpelrand umkreist. Die Ablösung des Perichondriums und der Mucosa gestaltet sich allerdings schwieriger. Doch wird die Freilegung erleichtert, wenn man am Nasenboden mit dem Zurückstreifen des Ueberzuges beginnt. Man geht dann successive nach innen und oben. Unter die abgelöste Schleimhaut schiebt W. Gazestreifen, die mit Wasserstoffsuperoxyd getränkt sind. Die Vortheile der Menzel'schen Schnittführung sind: 1. die vorderen Verkrümmungen der Cartilago sind leichter zu beseitigen; 2. man bedarf keiner Hülfsmittel; 3. die Adaption der Wundränder und Naht gestaltet sich leichter.

Discussion:

Edm. Meyer (Berlin): Die gedachte Schnittführung ist von Menzel unabhängig von Hajek angegeben.

Killian (Freiburg) fragt an, ob Winckler in jedem Fall das vordere Stückchen der Nasenscheidewand wegnimmt.

Winckler (Bremen): Die erwähnte Schnittführung soll sich auf sehr weit nach vorn und unten liegende Septumleisten beschränken.

Killian (Freiburg) betont, dass es doch recht gut ist, vom knorpeligen Septum einen Streifen stehen zu lassen.

4. von Eicken (Basel): Behandlung der Synechien der Nase.

Zur Beseitigung der Synechien giebt es zwei neue Verfahren. 1. Submucöse Septumresection mit Trennung der Synechien, darauf Tamponade für einige Tage. Die Wundfläche überzieht sich alsbald mit Epithel. Das zweite Verfahren wird von Siebenmann mit bestem Erfolge und bei ausgedehnten Synechien auch im Vestibulum ausgeführt, nach event. submucöser Septumresection, Durchtrennung der Synechien und Deckung der Wundfläche mit Thiersch'schen Lappen. Dem Oberarm oder Oberschenkel entnommene Lappen breitet man auf einem aus 8 bis 16 Schichten Gaze bestehenden mit Borsäurelösung getränkten, fest ausgedrückten und dadurch ziemlich rigiden Tampon aus. Die Hornschicht der Hautlappen kommt auf den Tampon. Nach 4—6 Tagen Entfernung des Tampons mit Wasserstoffsuperoxyd und Durchschneidung des Kopftheils des Thiersch'schen Lappens in der Tiefe der Nase. Der Lappen ist inzwischen fest angeheilt. Auch in einem

Falle von Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand hat sich das Verfahren bewährt.

Denker (Erlangen) fragt an, wie sich der Lappen in der Nase verhält, ob es zu Krustenbildung etc. kommt.

von Eicken (Basel) (Schlusswort): Eine Metaplasie der transplantirten äusseren Haut tritt nicht ein, doch kommt es zu einer Art von Mucosirung.

5. Hansberg (Dortmund): Zur Operation der in der Fossa spheno-palatina sitzenden Fibroide.

16jähriger Arbeiter leidet seit einem Jahre an rechtsseitiger Nasenverstopfung und Anschwellung der rechten Molargegend. In letzter Zeit häufig auftretende Blutungen aus der rechten Nasenhöhle. Der hintere Theil der letzteren ist ausgefüllt mit röthlichem, auf Berührung leicht blutendem Tumor. Im Nasenrachenraum eine rundliche Geschwulst mit glatter Oberfläche zu fühlen, die denselben zum grössten Theil ausfüllt, deren breite Basis in dem seitlichen Theil der hinteren Nasenhöhle sich befindet. Diagnose: Tumor, ausgehend von der Fossa pheno-palatina, der einen Fortsatz nach der Molargegend entsandt hatte. Letzterer konnte von aussen deutlich gefühlt werden.

Entfernung des grössten Theils des Tumors in Kleinhühnereigrösse von der vorderen Nasenöffnung mittelst Nasenzange, worauf die Athmung frei wird. Blutung unbedeutend. Mikroskopische Untersuchung ergiebt zellenreiches Fibrom.

Die auf den natürlichen Wegen beabsichtigte Entfernung der Geschwulst aus der Fossa spheno-palatina scheiterte an der Empfindlichkeit des Patienten, daher Denker'sche Operation, wobei sich zeigt, dass die hintere mediale Wand der Oberkieferhöhle zum grössten Theil bereits von dem Tumor zerstört ist. Nach Entfernung der hinteren äusseren Kieferhöhle wird derselbe leicht mit der Zange gefasst und gründlich sammt dem Fortsatz entfernt. Seine Insertion befand sich in der Fossa spheno-palatina. Patient gesund entlassen; nach einem halben Jahre kein Recidiv.

Auf die Vortrefflichkeit der Denker'schen Methode bei derartig ungünstig sitzenden Geschwülsten wird besonders hingewiesen, die gegenüber anderen präliminaren Operationsmethoden grosse Vorzüge besitzt.

Discussion:

Hopmann (Köln) sieht in den Ausführungen Hansberg's eine Bestätigung der von Hopmann sen. seit langen Jahren empfohlenen Methode, die Fibrome vom Nasenrachenraum aus vollständig zu entfernen. Auch nicht allzugrosse Fortsätze sind auf diese Weise mit einer starken Kornzange zu fassen.

Kahler (Wien): Auch auf der Klinik Chiari's wird auf die grössere Operation der Nasenrachenfibrome nicht verzichtet wegen der Gefahr der Blutung bei Angiofibromen. K. empfiehlt die elastische Ligatur nach Koschier. Die Denker'sche Operation wird in Combination mit dem äusseren Schnitt durch Langenbeck durchgeführt, mit der Resection der ganzen lateralen Nasenwand, wenn es nothwendig ist. Auf Entfernung der Wangenfortsätze kann man verzichten.

Zarniko (Hamburg) betont, dass auch durch schonendere Verfahren gute

Resultate erreicht werden. Er empfiehlt besonders bei blutreichen Tumoren die Elektrolyse.

Kümmel (Heidelberg): Es giebt Fälle, die nach den Angaben Hansberg's zu behandeln sind. Bei stark blutenden Nasenrachenfibromen, besonders dann, wenn die Immunitätsgrenze noch eine lange Reihe von Jahren entfernt liegt, also bei Patienten von 13—14 Jahren, sollte man von Anfang an radical vorgehen. K. hat jüngst einen Fall beobachtet, in dem ein Recidiv auftrat, durch das der Patient so ausgeblutet war, dass er trotz gelungener Operation im Collaps starb.

Killian (Freiburg) giebt den intranasalen Methoden den Vorzug, wenn der Tumor nicht so ausgedehnt ist. In den übrigen Fällen empfiehlt K. nach Denker vorzugehen und zuerst in der Flügelgaumengrube die Gefässe aufzusuchen, welche von aussen her in den Tumor hineingehen.

Imhofer (Prag) fragt nach dem histologischen Verhalten des Tumors.

Rudolf Panse (Dresden) weist an der Hand eines Falles auf die Möglichkeit, diese Tumoren durch dauernde Ligatur zu heilen, hin.

Denker (Erlangen) theilt den Standpunkt Kümmel's, den Tumor nicht stückweise, sondern möglichst an der Basis abzutragen. Die galvanokaustische Schlinge giebt keine absolute Garantie, die Blutung zu verhindern. In einem Falle ist es K. gelungen, mit einer hierzu construirten Zange nach Ablösung mit dem Finger den Tumor an der Basis zu entfernen. Allerdings war hier nichts von dem Tumor in die Schläfengrube hineingewuchert. Bei stark entwickelteren temporalen Fortsätzen muss man seine Zuflucht zum Eingriff von aussen nehmen.

Ruprecht (Bremen) empfiehlt besonders das elektrolytische Vorgehen mit der von ihm angegebenen korkzieherförmigen elektrolytischen Nadel.

Kuttner (Berlin): Das von Kümmel und Grünbeck eingeführte elektrolytische Verfahren hat sich auch weiter bewährt. Keine der sogenannten schonenden Behandlungsmethoden giebt eine durchaus sichere Gewähr gegen schwere Blutung. Bei der chirurgischen Behandlung ist diejenige die beste, bei der man die blutenden Gefässe direct fassen kann. Die temporäre Kieferresection scheint dem am meisten zu entsprechen.

Habermann (Graz) berichtet von einem Fall, bei dem eine dem Tumor aufsitzende Rachenmandel zu einer irrigen Diagnose führte.

Jurasz (Lemberg) empfiehlt die galvanokaustische Schlinge. Man hat keine Blutung zu befürchten, selbst bei Angiofibromen. Man muss nicht mit Weissglut, sondern mit Rothglut der Schlinge vorgehen. Auch die Elektrolyse ist zu empfehlen. Doch kann sie nicht bei grösseren Tumoren angewendet werden; sie ist sehr nützlich nach Ablösung des Tumors, um den Stumpf zu vernichten.

Hansberg (Dortmund) (Schlusswort): Der Tumor ergab sich bei der mikroskopischen Untersuchung als zellreiches Fibrom. H. ist Anhänger der radicalen Methode, schliesst aber gestielte Tumoren aus. Bei breitbasigen Tumoren, auch wenn Verwachsungen eingetreten sind, gelang die Entfernung in einer resp. zwei Sitzungen.

6. Manasse (Strassburg i. E.): Ueber Exostosen und Mucocele der Sirnhöhlen.

16jähriger Knabe. Seit 7 Monaten Vortreibung der rechten Auges und

Schwellung über demselben. Befund: Gegend des rechten Arcus supraorbitalis stark vorgetrieben durch prallen elastischen Tumor. Protrusio bulbi, Verdrängung des Augapfels nach unten und aussen. Augenhintergrund: Venen beiderseits stark gefüllt, geschlängelt, rechts mehr als links, rechte Papille ziemlich scharf begrenzt, aber etwas mehr geröthet als links. Physiologische Excavation beiderseits deutlich. Augenbewegungen rechts nach oben behindert, Pupillen normal. Rechts Sehschärfe $^1/_{20}$, links Sehschärfe $^6/_6$. Punction des Tumors ergiebt farblose Flüssigkeit mit lebenden Flimmerepithelien. Operation in Narkose. Freipräpariren des graublauen Tumors. Die äussere Wand der Stirnhöhle zeigt sich papierdünn, theilweise zerstört. Bei weiterem Freipräpariren entleert der Tumor sulzige Massen und wässerige Flüssigkeit. In der Stirnhöhle wölben sich harte knollige, elfenbeinfarbige Massen vor, die sich medianwärts und nach dem Siebbein zu erstrecken. Der Arcus supraorbitalis, zu einer dünnen Knochenspange verkleinert, wird entfernt. Die von der Cerebralwand der Stirnhöhle ausgehenden Exostosen werden entfernt. Es handelt sich also gleichzeitig um Exostosen und Mucocele der Stirnhöhle. Die Exostosen sind offenbar das Primäre gewesen. Sie haben den Ductus naso-frontalis verschlossen und dadurch zur Bildung der Mucocele geführt.

Demonstration einer weiteren Stirnhöhlen-Exostose, von Wolf in Metz dem Vortragenden übergeben.

Ferner Demonstration einer dritten Exostose bei einem 18jährigen Mann am Infraorbitalrand, die den Bulbus nach oben verlagerte. Bei ihrer Entfernung wurde die Kieferhöhle eröffnet, die sich in den Knochenwulst hineinbuchtete. Dieselbe erwies sich als gesund.

Discussion:

von Eicken (Basel) schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden in Bezug auf das Abhängigkeitsverhältniss von Mucocele und Exostose an.

Sturmann (Berlin): Weitere Ausführungen zur Aetiologie der Mucocele.

Kretschmann (Magdeburg) demonstrirt eine Elfenbein-Exostose, die vom Siebbein ausging.

Manasse (Strassburg) (Schlusswort): Bei den Exostosen handelt es sich häufig um jugendliche Individuen. Man muss daher an eine angeborene Disposition denken.

7. Zarniko (Hamburg): Turbinotomia submucosa.

Vortragender empfiehlt für die häufigen Fälle, in denen eine störende Vergrösserung einer unteren Nasenmuschel lediglich auf Vergrösserung und abnormer Vorwölbung des Muschelbeines beruht, statt der ganz zu verwerfenden Abtragung der Muschel an ihrer Anheftung (Turbinectomia) die submucöse Resection des Muschelbeins (Turbinotomia submucosa).

Schilderung der Operation, die in folgenden Etappen ausgeführt wird: Senkrechter Scheerenschnitt am vorderen Ende, der die Schleimhaut bis auf den Knochen durchtrennt; von diesem Schnitt aus Abheben der Schleimhaut auf der convexen Seite mit einem geeigneten Elevatorium; Durchschneidung der Schleimhaut von innen nach aussen mit einem geknöpften Messerchen; Abheben der

Schleimhaut der concaven Seite; Abkneifen oder Abbrechen des Muschelbeins, soweit es nöthig ist, und Entfernung des losgelösten Knochenstückes; Glättung des Randes und Reposition der Schleimhautlappen; Tamponade nur bei stärkerer Blutung (selten erforderlich).

Die Operation bietet kleine technischen Schwierigkeiten, die aber stets zu überwinden sind.

Vortragender hat die Turbinotomia submucosa mit strenger Auswahl der Fälle im Laufe der letzten beiden Jahre über 30mal ausgeführt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Er betrachtet sie in vielen Fällen als durchaus nothwendige Ergänzung der submucösen Septumresection.

Discussion:

Winckler (Bremen) hat das Verfahren von Zarniko in einem Falle sehr practisch gefunden, konnte aber die Tamponade nicht entbehren.

Seifert (Würzburg) empfiehlt keilförmige Resection des Muschelgewebes mit dem Moure'schen Messer, das für die Beseitigung der Septumleisten empfohlen ist. Wenn man bei solchen starken Hyperplasien das Muschelgewebe von hinten her in das Fenster des Messers hineindrängt und die Schleimhaut mit dem entsprechenden Theil des knöchernen Muschelgewebes herausschneidet, so legt sich bei entsprechender Tamponade die obere Fläche an die untere Wunde und man erzielt eine Verkleinerung der Muschel ohne Störung ihrer Function.

Ritter (Berlin) fragt, ob beim Zarniko'schen Verfahren keine Gefährdung des nasalen Endes des Thränencanales stattfindet.

Killian (Freiburg) empfiehlt für gewisse Fälle die Infraction der unteren Muschel mit dem von ihm angegebenen Speculum.

Denker (Erlangen) hat auch in Fällen, wo sonst die partielle Resection der unteren Muschel vorgenommen wird, die Turbinotomie versucht. Er wird über seine Erfahrungen weiter berichten.

Zarniko (Hamburg) (Schlusswort) hat keinerlei Störungen von Seiten des Thränennasenganges gesehen. Der Vorschlag Denker's sollte weiter geprüft werden.

8. A. von Gyergyai (Klausenburg): a) Ein neues directes Untersuchungsverfahren des Nasenrachens und der hinteren Nasenpartie.

Die Methode besteht darin, dass bei hängendem Kopf der weiche Gaumen nach vorn gezogen wird und dadurch ein gerades Untersuchungsrohr so in den Nasenrachen eingeführt werden kann, dass sein inneres Ende dem hinteren Rande des harten Gaumens unmittelbar anliegt. Das äussere Ende stösst dabei an die untere Zahnreihe. Die Untersuchung findet gewöhnlich in Localanästhesie statt. Es werden 4—20 mm weite und 8—10 cm lange gerade Röhren benutzt, die an das Brünings'sche Elektroskop befestigt werden. Ein Saugapparat zur Entfernung des Schleims ist nothwendig. Zur ersten Orientirung empfiehlt es sich, ein 12 bis 20 mm breites Rohr einzuführen. Alsdann kann man auch engere verwenden. Man übersieht die Gegend der Rachenmandel, die Seitenwände des Nasenrachens, das Ostium pharyngeum der Tube, die Rosenmüller'sche Grube etc. und in der

Mittellinie den Rand des Septums. In günstigen Fällen kann man auch das hintere Ende und ein Stück vom unteren Rand der mittleren Muschel, sowie einen Theil des mittleren Nasenganges überblicken. Zwischen mittlerer Muschel und Septum sieht man die steil aufsteigende vordere Wand der Keilbeinhöhle, davon nach vorn den oberen Nasengang mit der oberen Muschel. Man kann in die Tube ein Rohr von 4—7 mm Stärke $2^1/_2$ cm weit einführen, so dass man die Trommelhöhle durch den äusseren Gehörgang leicht sehen kann. Man kann auch bei geeigneten Individuen ein dünnes Rohr in den oberen Nasengang und in den Recessus spheno-ethmoidalis einführen. Die Technik der Untersuchungsmethode und deren Vortheile werden weiter ausgeführt.

b) Derselbe: Operationen mit dieser Methode.

Zum operativen Vorgehen bedarf es eines Saugapparates, und es empfiehlt sich daher, um beide Hände frei zu haben, das Rohr zu fixiren. Die starken Rohrweiten eignen sich mehr zum Operiren. G. hat in letzter Zeit adenoide Vegetationen, hypertrophische Muschelenden, Choanalpolypen auf diese Weise entfernt, möchte aber das nicht für alle Fälle empfehlen. Er empfiehlt die Eröffnung der Keilbeinhöhle auf diesem Wege.

Discussion:

Mann (Dresden) hat Gelegenheit gehabt, die Untersuchungsmethode zu prüfen und hält sie für gewisse Fälle für ausführbar.

9. Salzburg (Dresden): Krankenvorstellung.

1. Fall von Carcinom der Nase, der seit $10^1/_2$ Jahren recidivfrei geblieben ist.
2. Fall von Rundzellensarkom der hinteren Larynxwand. Totalexstirpation des Larynx. Heilung seit 10 Jahren.

10. Möller (Hamburg): Atmokausis bei Ozaena.

An der Hand von etwa 100 Fällen, die im Eppendorfer Krankenhause in der Abtheilung von Thost mit dem von Pincus angegebenen Apparat behandelt wurden, zeigt M., dass die Atmokausis bei der Ozaena sehr viel leisten kann, sowohl allein, wie auch in Verbindung mit Methoden, die eine Verkleinerung des Nasenlumens bezwecken. Zunächst wird die Nase aufs Säuberlichste mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt, bis die ganze Schleimhaut von Borken ist. Dann 10proc. Cocainspray. Einreiben des Naseneinganges mit 10proc. Cocain. Ausserdem Einreiben des Naseneinganges, äusserer Nase und Oberlippen mit Vaselin. Dauer der Einwirkung des von Condenswasser freien auf 116—118^0 erwärmten Dampfes 1 bis 3 Secunden in jedem Nasenloch. Die günstige Einwirkung zeigte sich in Beseitigung des Druckgefühls im Kopf, der Kopfschmerzen und des üblen Geruches, Verringerung der Borkenbildung, Erleichterung der Reinigung. Die Atmokausis hat sich als nicht gefährlich gezeigt. Nur einmal wurde eine Otitis media, die ohne Besonderheiten verlief, beobachtet. Kindliches Alter bildet keine Contraindication. Wassermann war überall negativ.

11a. Brünings (Jena): Ueber neue diagnostische Hülfsmittel und Methoden.

1. Die Fenstersonde.

B. hat hohlen Oliven aus Hartmessing von abgestufter Dicke mit seitlichen scharfrandigen Fenstern als Sondenansätze anfertigen lassen, welche dazu dienen, mittels Probeexcision die Diagnose Speiseröhrencarcinom zu stellen oder ein solches auszuschliessen. Das schon seit Jahren vom Verf. gebrauchte Instrument wurde bisher in 31 Fällen von malignem Speiseröhrentumor angewendet und hat ausnahmslos beim ersten Eingehen die zur mikroskopischen Diagnose erforderlichen Tumorstücke heraufgebracht. Andererseits konnte durch regelmässige Oesophagoskopie bei negativem Erfolge nachgewiesen werden, dass die Sonde in normaler Speiseröhre und gutartigen Stenosen keinerlei Verletzungen hervorrufen kann. Nachtheilige Folgen einer Probeexcision sind nicht vorgekommen. B. ist der Ansicht, dass die neue Methode absolut sicher wirkt und auch für den endoskopisch geschulten Arzt in den meisten Fällen mit Vortheil die Oesophagoskopie ersetzen kann.

2. Verbesserungen des Broncho-Elektroskops und der bronchoskopischen Zangen.

Der Reflexionsspiegel des Elektroskops wurde an Stelle des centralen Loches mit einem durchgehenden Spalt versehen. Dadurch sind nicht nur die störenden Reflexe vermieden, sondern man kann jetzt Zangen und andere Instrumente von beliebiger Länge anwenden, da sie sich ohne weiteres durch den Spiegelspalt führen lassen. Die bisher gebräuchliche verlängerbare Zange des B. konnte deshalb durch ein sehr vortheilhaftes, nicht verlängerbares Modell ersetzt werden, das bei sehr einfacher Handhabung besonders gracil und stabil ist.

3. Anastigmatische Vergrösserungsspiegel, Spiegel mit erweitertem Gesichtsfeld.

Die schon im Beginn der Laryngoskopie angestellten Versuche, einen Kehlkopfspiegel mit Lupenvergrösserung zu construiren, haben bisher zu keinem brauchbaren Resultat geführt, weil ein schräg gestellter Hohlspiegel sehr stark verzeichnet. B. hat nachgewiesen, dass es sich dabei um Astigmatismus handelt, welcher sich leicht und vollkommen dadurch beseitigen lässt, dass man die Vorderfläche der Spiegel cylindrisch anschleift. Diese anastigmatisch corrigirten Kehlkopfspiegel, welche sich äusserlich nicht von der gewöhnlichen Form unterscheiden, liefern ein verzeichnungsfreies, 2—3mal vergrössertes Kehlkopfbild von gesteigerter Helligkeit und werden in sehr vielen Fällen den gewöhnlichen Planspiegel mit Vortheil ersetzen.

4. Die Stereo-Laryngoskopie.

B., der sich sich schon seit Jahren mit dem Problem der binocularen Laryngo-Rhino-Otoskopie beschäftigt hat, erörtert die gesammten theoretischen Möglichkeiten, unter denen er zwei ganz neue Wege gefunden hat. In Zusammenarbeit mit dem Zeiss-Werk sind so eine Reihe von neuen Versuchsconstructionen entstanden, die er zur Zeit einer gründlichen practischen Erprobung unterwirft, bevor er sich für ein definitives Modell zum allgemeinen Gebrauch entscheiden wird.

11b. Brünings (Jena): Ueber eine neue röntgenographische Darstellungsmethode der Nebenhöhlen und des Schläfenbeins (mit Demonstration).

B. bespricht zunächst die theoretisch und practisch möglichen Verbesserungen des röntgenographischen Verfahrens für Schädelaufnahmen und weist dann nach, dass die stereoskopische Darstellung den weitaus grössten Fortschritt bedeutet, dass sie „das so schwer zu deutende Röntgenogramm des Schädels mit einem Schlage in ein lebensvolles, klar verständliches Bild“ verwandelt (Albers-Schönberg). Die Gründe, weshalb die Stereographie des Schädels bisher nicht über das Versuchsstadium hinausgelangt sind, sind doppelte: Einmal existirte bisher kein stereoskopischer Aufnahmeapparat, welcher die beim Kopf unerlässliche Anwendung von Röhrenblenden gestattete, und zweitens war eine Verdoppelung der bisherigen langen Belichtungszeiten ohne Aenderung der Röhrenhärte practisch undurchführbar.

B. hat diese Schwierigkeiten durch die Construction eines sehr einfachen Stereo-Aufnahmeapparates beseitigt, bei dem sich die Röhrenblende bewegt, so dass der Lichtkreis bei der stereoskopischen Verschiebung selbstthätig auf die Plattenmitte eingestellt bleibt. Durch das Princip der Kugelfläche ist dies auch für jede Art von Schrägaufnahmen erreicht. Die Belichtungszeit wurde durch Anwendung der neuen Gehler-Folie auf $^1/_{20}$ abgekürzt, so dass eine stereoskopische Doppelaufnahme bei normaler Röhrenbelastung in 10—15 Secunden beendet ist.

B. demonstrirt hierauf eine Reihe stereoskopischer dorso-ventraler Kopfaufnahmen, auf denen das gesammte Skelett des Gesichtsschädels einschliesslich der Keilbeinhöhle, der Felsenbeine, der Wirbelsäule vollkommen körperlich erscheint. Besprechung der klinischen Bedeutung des neuen Verfahrens.

12. Killian (Freiburg): Demonstration eines Binnenspatels.

Für die directe Laryngoskopie und Tracheoskopie hat K. in verschiedenen Längen ein Instrument anfertigen lassen, das den Vorzug leichterer Ausführbarkeit der Untersuchung hat. Der Druck kann geringer sein als bei Anwendung des Röhrenspatels. Der Spatel ist im Querschnitt V-förmig und presst in die Zunge eine Rinne, die directen Einblick in den Kehlkopf ermöglicht, passt auch sehr gut in die vordere Commissur, durch die er sich leicht hindurchführen lässt. Die Brünings'sche Gegendruckmethode kann gleichzeitig am Schonendsten so angewendet werden, dass der hinter dem Patient stehende Assistent mit dem Finger einen Druck auf den Ringknorpel ausübt.

Discussion:

A. Hartmann (Berlin) demonstrirt einen Spatel, der sich von dem eben gezeigten durch conisch-ovale Form unterscheidet. Man kann mit gewöhnlichem Stirnspiegel untersuchen.

Walter Haenel (Dresden): Demonstration eines Falles von Syphilis der Trachea an 6 tracheoskopirten Bildern aus 5 Wochen langer Beobachtungszeit und an dem Obductionsapparat. 26jähriger Mann. Wassermann positiv. Verengerung der Trachea durch gummöse Erkrankung dicht oberhalb der Bifurcation. Heilung auf antisyphilitische Kur, Athemnoth. Durch Abtragung von Granulationen

wurde vorübergehende Besserung bewirkt. Trotz Dilatation führte die ringförmige Stenose zum Tode.

13. O. Kahler (Wien): Zur Kenntniss der Trachealdivertikel.

Demonstrirt endoskopische Bilder von einem Tracheal- und einem Bronchialdivertikel. Die Fälle sind zweifellos mit dem von Hans Chiari beschriebenen Typus identisch und als rudimentäre überzählige Bronchien aufzufassen. Bei einem 34 jährigen Mann fand sich etwa 1 cm oberhalb der Bifurcation rechts ein $^1/_2$ cm tiefer Blindsack, bei einer 32 jährigen Frau ein solcher im Anfangstheil des rechten Bronchus. Bronchialverzweigung in beiden Fällen normal.

14. W. Uffenorde (Göttingen): Hochgradige Schwellung der Tracheal- und Bronchialschleimhaut nach Decanülement bei einem Fall von Papillom des Larynx, geheilt durch Curettement der Schleimhaut.

Tracheotomie bei einem $1^1/_2$jährigen Kind, dessen Kehlkopfbefund wegen starker Schleimhautabsonderung nicht festgestellt werden konnte. 8 Tage später Entfernung zweier grosser Papillome der Stimmbänder durch Laryngofissur. Nach Entfernung der Canüle mässiger Stridor. Im bronchoskopischen Bild ergab sich succulente Schwellung der Tracheal- und Bronchialschleimhaut. Curettement der Schleimhaut, das bald wesentliche Erleichterung brachte.

15. Hegener (Heidelberg): Eine binoculares stereoskopisches Kehlkopffernrohr.

In der deutlichen Sehweite von 25 cm kann man nur mit einem Auge das Kehlkopfspiegelbild sehen, muss daher auf den Vorzug des binocularen Sehens verzichten. Aehnliches gilt von Rhinoscopia posterior und Otoskopie. Die Verkleinerung des Convergenzwinkels ist durch optische Instrumente möglich. Will man zu normaler Plastik gelangen, so muss das scheinbar in die Weite gerückte Bild optisch herangeholt werden. Das geschieht, wenn man es durch ein Fernrohr gleichzeitig vergrössert. Die Vortheile der stereoskopischen binocularen Betrachtung sind hinreichend gross, um die Anwendung eines complicirten Apparates, wie er für die stereoskopische Untersuchung nothwendig ist, zu rechtfertigen. Die Entfernung- und Tiefenschätzung wird gebessert. Ferner wird das richtige Gefühl für die Körperlichkeit eines Gegenstandes durch das stereoskopische Sehen erleichtert. Es ist daher besonders für die Betrachtung feinerer Veränderungen im Larynx von grossem Werth. Das von H. construirte Fernrohr wird des Näheren erläutert. Die Anwendung des Kehlkopffernrohrs soll die gewöhnliche Untersuchungsmethode nicht ersetzen, soll sie aber in gewissen besonders dazu geeigneten Fällen ergänzen.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) hat Gelegenheit gehabt, das Instrument verschiedentlich zu prüfen und weist auf seine Bedeutung hin.

16. A. Kuttner (Berlin): Demonstration eines neuen Gelenkes für Hals-, Nasen- und Ohren-Instrumente.

Die Vorzüge dieses Gelenkes sind folgende:

1. Es lässt sich unschwer auseinandernehmen und zusammensetzen; es lässt sich bequem desinficiren und ist wenig empfindlich.

2. Es gestattet eine grosse Kraftentfaltung.

3. Es lässt sich für Kehlkopf- Hals- und Ohreninstrumente gleich gut verwenden.

4. Der Schnabel des Instrumentes „wippt“ beim Gebrauch nicht, d. h. er hebt sich bei Schluss nicht an der Stelle, auf die es eingestellt ist, ab.

17. Killian (Freiburg): Ueber Ethmoidalneurosen.

K. fasst mit dem Ausdruck Ethmoidalneurosen alle diejenigen Reflexneurosen zusammen, welche von dem vorderen Abschnitt der Nasenschleimhaut, d. h. von dem Gebiet ausgehen, das vom Nervus ethmoideus versorgt wird. Er möchte diesen Neurosen eine besondere Stellung einräumen. Es ist bekannt, dass Geruchreize Reflexneurosen auslösen, doch scheinen typische und reine Fälle selten zu sein. Auch von dem hinteren Schleimhautgebiet der Nase, dem Bezirk der Nervi nasales posteriores scheint selten eine Reflexneurose auszugehen. Selbstverständlich ist eine genauere Kenntniss der anatomischen und physiologischen Verhältnisse nothwendig. Diese werden näher an der Hand von Tafeln ausgeführt. Zunächst betont K., dass chemische und mechanische Reize die Ethmoidalregion als besonders exponirte treffen, und zwar bei unserer Lebensform ganz besonders in geschlossenen Räumen. Auch kommt die starke Staubentwickelung in grösseren Städten in Betracht. Gröbere Staubtheile werden am Naseneingang zurückgehalten, andere folgen der Athmungsluft und steigen gegen die mittlere Muschel empor, wie man sich leicht bei Kranken, die im Staub gearbeitet haben, überzeugen kann, auch experimentell lässt sich derartiges nachweisen. Die fortgesetzte Einwirkung verunreinigter Luft bedingt continuirlichen Reiz der sensiblen Nervenendigungen, eine Hyperästhsie. Diese ist die Grundlage und der Ausgangspunkt jeder Art von Reflexneurose. Um sich ein richtiges Urtheil zu bilden, sind Sensibilitätsprüfungen nothwendig. Es empfiehlt sich, einen mit Watte armirten Sondenknopf zu benutzen, um einen Schwellenwerth der Reizbarkeit festzustellen. K. hat im Bereiche der ethmoidalen Nerven häufig Ueberempfindlichkeit festgestellt. Der Grad der Hyperästhesie lässt sich auf zweierlei Weise feststellen: 1. durch subjective Angaben betreffs des Grades des Juck- und Schmerzgefühls, 2. durch die objectiv wahrnehmbaren Folgeerscheinungen der Reize, deren klinische Bedeutung verschieden ist. K. unterscheidet regionäre und Fernwirkung der Reize. Die localen Reflexerscheinungen bestehen in Hyperämie und Hypersecretion der Nasenschleimhaut im Gebiet der Reizstelle und darüber hinaus. Dabei wird Irradiation auf die äussere Haut etc. beobachtet. Als regionäre Folgeerscheinungen der Reizung betrachtet K. Empfindungen des Juckreizes im inneren Augenwinkel, an den inneren Theilen der Augenlider, der Conjunctiva und der Caruncula lacrymalis und Hyperämie der Conjunctiva sowie Thränensecretion. Unter den Fernwirkungen kommt in Betracht erstens der Nasenhusten, der stets als pathologischer Reflex zu bezeichnen ist. Eine gewisse Aehnlichkeit damit hat das Niesen. Es handelt sich ebenso wie beim Husten auch hier um einen Reflex, bei dem der Vagus in Betracht kommt. Auch der Zwerchfellsnerv ist betheiligt. Der letztgenannten

Gruppe von Erscheinungen (Husten, Niesen) reiht sich der Asthmaanfall an. Dieser ist von der Nasenschleimhaut aus nur dann auszulösen, wenn die asthmatische Neurose schon ausgebildet ist. Auch die Herzthätigkeit erleidet eine reflectorische Beeinflussung von der Nase aus, wovon K. einen eclatanten Fall bei einem Säugling beobachtete. Das Wesen der Ethmoidalneurosen sieht nun K. darin, dass durch eine Summation der Reize, wie sie im täglichen Leben sich ergiebt, neue und stärkere Reflexe hervorgerufen werden, deren störendes Hervortreten als Neurose angesprochen werden kann. Jedoch soll nicht geleugnet werden, dass es auch Fälle von nasalem Asthma giebt, die nicht von dem Gebiete des Ethmoideus ausgehen. Auf diese Voraussetzungen baut sich die Therapie auf. Die Luftströmung durch die Nase muss frei gemacht werden, da sich in engen Nasen die Staubtheilchen viel mehr ansammeln. Es ist deshalb beim Asthma alles zu beseitigen, was die Nasenathmung stört. Ferner wird die Aetzung bestimmter Punkte der Nasenschleimhaut gute Dienste leisten. Kommt man mit dieser Therapie nicht zum Ziele, so bleibt die Unterbrechung der Reflexbahn übrig. Bei Ethmoidalneurosen kann man den Stamm des Nervus ethmoidalis leicht in der Orbita erreichen und durchtrennen, wie schon früher von Eugen Yonge und Neumayer und Blos geschehen. Die Technik des Verfahrens wird näher beschrieben. K.'s Erfahrung erstreckt sich bis jetzt nur auf einen einzigen Fall.

Discussion:

A. Rosenberg (Berlin): Das Gebiet der Reflexneurosen ist nicht einzig und allein auf das Ethmoidalgebiet zu beschränken, wie einige Fälle, die R. anführt, zeigen.

Neumayer (München) berichtet von zwei schweren Fällen von nasalem Asthma, die er vor 2 Jahren durch Resection des Nervus ethmoidalis behandelt hat, und zwar mit gutem Erfolge. Bei einem dritten Falle, der vor einem Jahre operirt wurde, war der Erfolg nicht so ausgesprochen. N. hat auch Untersuchungen über das Verhalten der Sensibilität im Innern der Nase und aussen gemacht, nach Resection des Ethmoidalis nur eine Herabsetzung der Sensibilität feststellen können.

Boenninghaus (Breslau) weist auf die Neuralgie des Nervus ethmoidalis hin und giebt bestimmte Druckpunkte bei derselben an.

Aronsohn (Bad Ems-Nizza) erinnert an seine experimentellen Untersuchungen zur Physiologie des Geruches. Er hält das Tuberculum septi für das am meisten hyperästhetische Gebiet der Nase.

Hartmann (Berlin) weist auf den Werth der einfachen Cocainisirung der Nasenschleimhaut hin. Auch er hat Reflexneurosen gesehen, welche von den hinteren Theilen der Nase ausgingen.

Killian (Freiburg) (Schlusswort): Die Discussion hat bestätigt, dass thatsächlich das vordere Gebiet der Nasenschleimhaut vorwiegend Reflexneurosen auslöst. Eine genaue Trennung der verschiedenen Nervengebiete der Nase ist erforderlich.

18. Hugo Stern (Wien): Die Bedeutung des sogenannten primären Tons für die Stimmbildung.

Unter primärem Ton im physiologischen Sinne ist der von den schwingenden

Stimmlippen erzeugte Ton, d. i. der reine Kehlkopfton, zu verstehen, wie man ihn z. B. am ausgeschnittenen Kehlkopf hören kann. Es ist ein dünner, zarter Ton, weit verschieden von dem aus der Mundhöhle heraustretenden Stimmklang. Das, was von Seiten der Gesangspädagogen als primärer Ton bezeichnet wird, ist etwas hiervon Verschiedenes. Gutzmann schlägt vor, diesen Ton als primären Gesangton zu bezeichnen, wodurch Verwechselungen vorgebeugt würde. St. ist der Ansicht, dass im richtigen Hören nicht allein der Maasstab für die Bildung des primären Gesangtons zu suchen sein soll. Vielmehr möchte er auf Grund eigener Erfahrung auch dem Muskelgefühl des Sängers resp. seinem Muskelgedächtniss grosse Bedeutung beimessen. St. kommt nach Citirung einer Reihe von Autoritäten zum Schlusse: Der primäre Ton ist jener Ton, von dem eine richtige systematische Stimmentwickelung auszugehen hat. Er ist der Ton, der bei zweckmässiger Inanspruchnahme der Athmung und der Function der Stimmlippen durch ein richtiges Format des Ansatzrohres und die zweckdienlichste Stellung des Larynx eine möglicht starke Resonanz (Schallreflexion) im Ansatzrohre hervorruft und durch seine Fessellosigkeit und richtige Führung den Kehlkopf entlastet und periphere Theile belastet. Es ist schliesslich der Ton, der sich dem Muskelgefühl und Muskelgedächtniss des Sängers einprägt und der eine möglichst grosse und weite Verschmelzung von Brustton und Kopfton, also eine Register ausgleichende Wirkung, zur Folge hat.

19. Nadoleczny (München): Beobachtungen an Gesangsschülern.

N. weist zunächst besonders auf die Bedeutung der Resonanzstörung infolge von Veränderungen der Nase hin, deren Beseitigung von ausserordentlicher Wichtigkeit ist, während er den Verdickungen der Seitenstränge nicht so viel Bedeutung beilegen möchte, wie ihnen häufig zugeschrieben wird. Die von Imhofer gemachte Beobachtung von acuter Stimmermüdung mit anfänglichen Defecten einzelner Töne konnte N. bestätigen. Er sah ferner bei 14 Sängern und Sängerinnen, die noch nicht fertig ausgebildet waren, Störungen. Es handelte sich dabei um Kratzen im Hals, Hustenreiz, Schmerzen nach oder beim Singen, Druckgefühl und Ermüdung. Es ergiebt sich bei diesen Fällen eine Schwierigkeit der Stimmbildung innerhalb bestimmter Lagen. Man muss die Tongebung innerhalb des Gesammttonbereiches mit verschiedener Vocalisation selbst prüfen. Auch muss auf Fehler der Athmung und der Articulation geachtet werden. Die pneumographischen Aufnahmen zeigten, dass die von Gutzmann festgestellte typische Athemcurve bei diesen Stimmstörungen verloren ging. Am häufigsten war ein zu rasches Absinken der Bauchcurve, seltener das der Brustcurve. N. hat bei diesen Stimmstörungen auch auf das Verhalten der Kehlkopfstellung geachtet und dabei gefunden, dass der Kehlkopf mit steigender Tonhöhe nach oben geht. Auch sonst hat er bemerkt, dass bei Indispositionen der Kehlkopf aufstieg, während nach deren Abklingen die normale Bewegung nach unten eintrat. Er sieht also in der Palpation des Kehlkopfes ein diagnostisches Hülfsmittel. N. führt weiter aus, dass das, was man durch Beobachtung der Singstimmen herausanalysiert, mehr Werth für den Gesanglehrer als für den Gesangschüler hat. Er warnt davor, durch bewusste Uebertreibung der einen oder anderen Athmungsform und durch Ueber-

treiben auf Seiten des Singenden diesen zu einer Steifheit des Körpers zu veranlassen, welche für das Allgemeinbefinden sowohl wie für den Gesang nachtheilig sind. Er legt auf das psychische Moment bei den Gesangsübungen grossen Werth.

Discussion: Gutzmann (Berlin).

20. Imhofer (Prag): Die Veränderungen der oberen Luftwege in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

I. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Es ist zweifellos, dass während der Gravidität und im Wochenbett Schwellungszustände in den oberen Luftwegen, und zwar in Nase und Larynx, in letzterem mit besonderer Prädilection der Hinterwand vorkommen.

Diese Schwellungen bilden sich im Wochenbett allmählich wieder zurück, und zwar scheint hierbei die Dauer der Rückenlage von Einfluss zu sein.

Während der Geburt selbst verhalten sich die oberen Luftwege ganz indifferent, nur bei lange dauernden, schweren Geburten kann es zu Hyperämie und Stauung im Kehlkopfe kommen.

Es liegt durchaus kein Anhaltspunkt dafür vor, die Schwellungen der Larynxhinterwand trotz ihrer Aehnlichkeit mit tuberculösen Infiltraten als durch Tuberculose bedingt oder als ein für dieselbe prädisponirendes Moment anzusehen.

Blutungen in den oberen Luftwegen während der Schwangerschaft und während resp. kurz nach der Geburt kommen vor, sind aber durchaus nicht so häufig, als in der Literatur angenommen wird.

Sehr selten sind mit Sicherheit auf Gravidität zu beziehende Paresen der Kehlkopfmusculatur.

Die practische Bedeutung dieser Befunde liegt darin, dass bei schon vorhandener Verengerung des Larynx (es kommen vor allem tuberculöse Infiltrate in Betracht) eine bedrohliche Zunahme derselben in der Schwangerschaft sich ergeben könnte, doch ist in praxi diese Gefahr als nicht sehr bedeutend anzusehen, viel wichtiger ist in practischer Hinsicht die Möglichkeit diagnostischer Irrthümer, besonders der Verwechselung mit Tuberculose.

Die Veränderungen der oberen Luftwege in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett lassen sich durch rein mechanische Verhältnisse ungezwungen erklären.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. März 1910.

Gräffner zeigt einen Patienten mit intermittirendem Tremor des Velum und Larynx unter Betheiligung von Zunge und Unterkiefer. Die einzelnen durch Minutenbruchtheile unterbrochenen Attacken setzen sich aus 8 bis 12 Zuckungen zusammen.

Katzenstein demonstrirt eine Anzahl von Vocalklangcurven, die er mit dem Martens'schen Apparat aufgenommen hat. Er untersuchte damit den Stimmlippenton am ausgeschnittenen und lebenden Kehlkopf und den Einfluss des

gesammten menschlichen Resonanzraums auf die einzelnen Vocale und berichtet über die Ergebnisse dieser Untersuchungen.

Halle zeigt 1. einen aus dem Oesophagus direct entfernten Fremdkörper, 2. silberne federnde Ringe, die er zur Offenhaltung operirter Choanalatresien und Keilbeinhöhlen empfiehlt.

Scheier: Die endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes und Nasenrachens, wie sie neuerdings von Hays angegeben wurde, ist bereits von Trautmann angegeben worden und vor ihm schon von Zaufal. Das Hays'sche Instrument erfordert dieselbe Technik wie die Spiegeluntersuchung; den unteren Theil der Choanen sieht man mit ihm meist nicht und die mit ihm erhaltenen Bilder sind verzerrt, die Farbennuancen gehen verloren etc.

Gutzmann: Das mit dem Hays'schen Instrument erhaltene Bild muss erst corrigirt werden; seine Einführung ist durchaus nicht ganz reizlos. Aber es ist anwendbar zur Untersuchung physiologisch-phonetischer Fragen.

Katzenstein stimmt dem zu, ebenso Hirschmann und Claus.

Halle: Orale oder endonasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.

Die orale Operationsmethode ist für fast alle Eingriffe am Septum als ein unnöthig grosser und durch die dabei unumgängliche Narkose nicht ungefährlicher Eingriff entschieden abzulehnen. Berechtigt kann sie in den überaus seltenen Fällen sein, wo bei Kindern bis zu vier Jahren eine Operation unvermeidbar ist. Bei grossen plastischen Operationen oder bei Entfernung maligner Tumoren aus der Nase kann sie unter Umständen mit grossem Nutzen Anwendung finden. Nicht ausreichende Technik ist eher eine Contraindication als eine Indication zur endonasalen Methode.

Die Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 22. April 1910.

Haike zeigt ein Röntgenbild zur Frühdiagnose der Kiefercyste und ein zweites, auf dem man einen Gummistopfen im Sinus maxillaris sieht.

Finder demonstrirt einen Pat. mit linksseitiger Recurrenslähmung bei gleichzeitig bestehendem Aortenaneurysma und Tabes. Da die letzteren beiden Erkrankungen nicht selten zusammen vorkommen, ist es wichtig, in jedem Fall von Kehlkopflähmung bei Tabes die periphere Ursache auszuschalten, ehe man die centrale Erkrankung als Ursache der Lähmung anschuldigt.

Fliess zeigt einen vierwöchigen Säugling mit acuter Osteomyelitis des Oberkiefers; aus der Abscesshöhle wurden ausser verschiedenen Knochensplittern zwei Molarzähne entfernt.

A. Meyer hat bei einem Kinde von einigen Monaten ebenfalls eine Osteomyelitis beobachtet; es bestand ein Durchbruch nach der Nase und dem Munde.

Halle zeigt einen 13jährigen Pat. mit doppelseitiger Recurrenslähmung; Würg- und Rachenreiz sind aufgehoben, das Velum paretisch, Schwäche des rechten Armes und linken Facialis, Atrophie des Sternocleidomastoideus und Trapezius. Es handelt sich um einen Erkrankungsherd in der Nähe der Medulla — wahrscheinlich specifischer Natur.

Discussion über den Vortrag Halle: Orale oder endonasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.

Löwe: Vorzüge der oralen Methode sind, dass sie auch bei ganz kleinen Kindern angewandt werden kann, einen ausserordentlich guten Ueberblick über das Operationsfeld gewährt und technisch leicht und in drei verschiedenen Modificationen anwendbar ist, von denen die erste für die einfachen Spinen und Cristen, die zweite für die Deformitäten des Nasenbodens und die dritte für die Querbrüche des Septums zu verwenden ist. Die Nachtheile des Verfahrens sind, dass es einen grösseren Eingriff macht als die endonasale Operation und mehrtägige Gesichtsschwellungen macht.

Peyser, Alexander, Rosenberg und Brühl erkennen die Berechtigung der oralen Methode nur für seltene Ausnahmefälle an; im Grossen und Ganzen ist die endonasale Operation zu machen, da jene eingreifend und gefährlich ist. Auf denselben Standpunkt steht Finder, der zwei von Löwe operirte Fälle gesehen hat, bei denen der Schnitt in der Uebergangsfalte nicht zugeheilt war, so dass eine grosse Diastase an dieser Stelle bestand.

Wolff: Die orale Methode hat den Fehler, dass man den untersten Theil des Septumknorpels von der dort festhaftenden Schleimhaut entblössen muss, und es schwierig ist, ihn zu erhalten, wenn die Verbiegung weiter nach hinten beginnt.

Sturmann: Die endonasale Methode ist ohne Narkose und Gefahr für den Pat. ausführbar, nicht aber die orale.

Sonntag: Die endonasale Operation beherrschen alle Rhinologen und sie wird gewöhnlich ohne Assistenz ausgeführt.

Halle: Die Löwe'sche Operation ist technisch viel schwieriger als die endonasale und für Ausnahmefälle zu reserviren.

Halle: Das Ansaugen der Nasenflügel und seine operative Beseitigung.

Schuld an dem Ansaugen können alle Verengerungen des Naseneingangs tragen, Deviationen und Subluxationen des knorpligen Septum, manchmal auch sein membranöser Theil, Verbreiterung der Spina nas. ant. inf. und cavernöse Verdickungen der Mucosa am Nasenboden u. A. Die wichtigste, weil causale, Behandlung ist die Beseitigung der Verengerung des Eingangs und der Schlaffheit der Nasenflügel. H. bespricht die je nach der Ursache verschiedenen Operationsmethoden.

Gutzmann: Manchmal beruht das Ansaugen der Nasenflügel nur auf fehlerhafter Gewohnheit, die durch Uebung beseitigt werden kann.

Fliess ist mit dem Resultat der Paraffininjectionen durchaus zufrieden.

Sitzung von 27. Mai 1910.

Weski zeigt einige Fälle von Elephantiasis gingivae hereditaria; sie besteht in dem einen Falle in der dritten, in den übrigen schon in der vierten Generation. Mikroskopisch erweist sich die Geschwulst als eine bindegewebige Hyperplasie mit Infiltration von Leukocyten und Plasmazellen, röntgenologisch sieht man eine Atrophie des Alveolarfortsatzes.

Sobernheim zeigt einen Fall von Argyrie, entstanden durch jahrelange Pinselungen des Rachens und Kehlkopfes mit Höllensteinlösung. Am hinteren Gaumen, im Pharynx und an der hinteren Larynxwand sieht man eine grauliche Verfärbung der Schleimhaut.

Scheier: Zur Physiologie des Schluckactes.

Er hat Röntgenaufnahmen desselben bei $^1/_{20}$—$^1/_{50}$—$^1/_{100}$ Secunden gemacht. Lässt man den Pat. Bismuth schlucken, so kann man 2 Phasen unterscheiden: Die erste, in der der Bissen von der Mundhöhle nach hinten geschoben wird. Anpressen der Zunge an den harten Gaumen, Hebung des Velum und Abschluss des Nasenrachens, die zweite, in der der Bissen in den Oesophagus gleitet. Dies geschieht mit Blitzesschnelle. Man sieht an den demonstrirten Röntgenphotographien die einzelnen Phasen, Hintenüberklappen des Kehldeckels und Verschluss des Larynx durch ihn, Flachdrücken des Bissens zwischen Ringknorpel und Wirbelsäule und das Hinabgleiten in den Oesophagus.

Haike legt diesen Röntgenaufnahmen von $^1/_{100}$ Secunde sowohl für physiologische Untersuchungen und solche bei Kindern eine grosse Bedeutung bei.

Senator: Die Epiglottis bildet keinen wesentlichen Factor beim Schlucken: ihr Herunterklappen macht nicht den wesentlichen Verschluss des Kehlkopfes, ist vielmehr nur ein accidenteller Act.

Grabower schliesst aus den Bildern auf eine besondere Kraftleistung der glatten Musculatur des Oesophagus.

Barth: Sicher bewirkt nicht der Kehldeckel allein den Larynxverschluss; der pharyngeale Kehldeckel ist für ihn auch entbehrlich.

Rosenberg stimmt dem zu und glaubt, dass die sattelförmige Gestalt der Epiglottis dazu da ist, um den Bissen in die Sinus piriformes zu leiten.

Brunck zeigt einen Patienten mit Fractur des knorpligen Septums und des linken Tränenbeins.

Scheier: Zur Verknöcherung des menschlichen Kehlkopfes.

Die Ausbreitung der Verknöcherung zeigt bei den Geschlechtern einen wesentlichen Unterschied und schon vom 30. Lebensjahre an, auch schon früher, zeigen sich auffallende Differenzen. Es besteht zwar in Beginn und Ausdehnung der Ossification eine gewisse Regelmässigkeit, doch kommen auch Abweichungen von der Norm vor.

Peyser: Weiterer Beitrag zur Röntgenuntersuchung der Nebenhöhlen.

Einem Patienten war beim Spülen der Kieferhöhle der gläserne Ansatz des Irrigators abgebrochen und in die Höhlung eingedrungen; die Sondirung macht diese Angabe wahrscheinlich, die Röntgenuntersuchung lässt diesen Fremdkörper deutlich erkennen.

Weski: Chemisch reiner Gummi lässt die Röntgenstrahlen durch, metallischer Gummi gibt einen Schatten.

Haike: Die vielfach verwendeten Gummistopfen sind auf dem Röntgenbilde sichtbar.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Ständige Commission der internationalen medicinischen Congresse.

Am 29. und 30. März 1910 ist das Bureau der ständigen Commission, die auf dem Congress in Budapest eingesetzt wurde, zum ersten Mal im Haag zusammengetreten. Es waren anwesend die Mitglieder des Bureaus: Herr Davy, Präsident, die Herren Blondel, Maragliano, Müller, Posner, Vicepräsidenten, Herr Waldeyer, der frühere Vicepräsident, Herr Wenckebach, der frühere Generalsecretär, Herr Burger, Generalsecretär und Herr Van der Haer, Beisitzer; endlich Herr von Grosz, der Generalsecretär des Budapester Congresses und Herr Clive Rivière, Secretär des englischen Nationalcomitées.

Herr Wenckebach, der in Budapest gewählte Generalsecretär, ist, nachdem er die ganze vorbereitende Arbeit gemacht hat, zurückgetreten; er wurde ersetzt durch Herrn Burger in Amsterdam.

Der Sitz des Bureaus ist der Haag, Hugo-de-Grootstrasse 10.

Das Bureau hat sich in der Sitzung mit der Vorbereitung der Vollversammlung der ständigen Commission beschäftigt, die wahrscheinlich im nächsten Herbst stattfinden wird. Diese Versammlung wird sich mit der allgemeinen Organisation des nächsten Congresses in London beschäftigen.

Der hundertjährige Geburtstag Ludwig Türck's.

Am 22. Juli jährte sich zum 100. Male der Tag, an dem Ludwig Türck in Wien das Licht der Welt erblickte. Die Wiener Laryngologische Gesellschaft hat aus diesem Anlass vor dem Denkmal Türck's im Wiener Allgemeinen Krankenhaus einen Kranz niedergelegt.

Eduard Löri †.

Aus Budapest kommt die Trauernachricht, dass daselbst im Alter von 76 Jahren Eduard Löri gestorben ist, einer der ersten Jünger der von Türck und Czermack begründeten laryngologischen Wissenschaft*).

Eduard Löri war ein Schüler Türck's; nach ganz kurzer Landpraxis liess er sich, nachdem er die Bedeutung der eben entdeckten Laryngoskopie erkannt, und sich dieselbe, sowie die nothwendige Kenntniss in der Pathologie und der Therapie der Nasen-, hauptsächlich aber der Halskrankheiten, an der unter Türck's Leitung stehenden Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Wien angeeignet hatte, in seiner Vaterstadt Budapest als Spezialarzt nieder. Er entfaltete als einer der Pioniere dieses Specialfachs in Ungarn bald darauf, unterstützt von Fr. v. Korányi und Joh. v. Bokay dem Aelteren, eine ausgedehnte praktische und rege wissenschaftliche Thätigkeit, einerseits an der unter des ersteren Leitung stehenden medicinischen Klinik, andererseits als ordinirender Arzt des durch v. Bokay sen. gegründeten Stephanie-Kinderhospitals. Seiner Fachtüchtigkeit und seinem concilianten liebenswürdigen Wesen hatte er es zu verdanken, dass er bald von Reich und Arm aufgesucht, den Grund zu einer ausgedehnten Privatpraxis legen konnte, sich eine Clientele erwerbend, welche den für sein Fach begeisterten, unermüdlichen, humanen und überaus bescheidenen Arzt, den immer nur das Wohl seiner Patienten leitete, bis in seine letzten Lebenstage nicht verliess. — Dass dem tüchtigen Manne die academische Carrière verschlossen blieb, war hauptsächlich in äusseren Verhältnissen zu suchen. Seine wichtigsten Schriften sind, neben dem im Jahre 1885 in Stuttgart erschienenen, sich grosser Verbreitung erfreuenden Buche „Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“ folgende:

1. Ein neuer Uvulahalter. O. H. 1869.
2. Ueber Laryngo- und Trachealstenosen. Orvosi Hetilap. 1872.

---

*) Wir verdanken die nachfolgenden Notizen der Liebenswürdigkeit des Collegen Hugo Zwillinger in Budapest.

3. Ein neues Kehlkopfpolypeninstrument. O. H. 1878.

4. Beobachtungen an Kehlkopfpolypen und Operationen. O. H. 1880.

5. Beiträge zur pathologischen Veränderung der Rachen- und Nasenschleimhaut, Pemphigusblasen im Rachen und Kehlkopfe. O. H. 1880.

6. Die Veränderungen im Rachen, Kehlkopf und der Luftröhre, im Verlaufe einiger Infectionskrankheiten. O. H. 1882.

7. Magensymptome bei Kindern als Folge von entzündlichen Erkrankungen des Kehlkopfs. O. H. 1883.

8. Die pathologischen Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase als Folge von degenerativen Vorgängen am Herzen. O. H. 1886.

9. Ueber den clonischen Stimmritzenkrampf der Neugeborenen und Säuglinge. Gy. 1890.

10. Beiträge zur Therapie der Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. O. H. 1890.

Ausser den oben angeführten Publicationen bearbeitete L. noch folgende Capitel im Handbuch der internen Medicin v. Korányi's:

I. Die Erkrankungen der Kehlkopfschleimhaut.

II. Die luetischen Erkrankungen des Kehlkopfes.

III. Das acute und chronische Larynxödem.

IV. Die entzündlichen Erkrankungen des Perichondriums des Kehlkopfes.

V. Die Tuberculose des Kehlkopfes 1897.

Cresswell Baber †.

Am 14. Mai starb in London Cresswell Baber, einer der bekanntesten und angesehensten englischen Laryngologen. Baber hatte sich ursprünglich unter Leitung Ranvier's in Paris zum Histologen ausgebildet; aus dieser Zeit stammen Arbeiten über den Bau der Schilddrüse und die Structur des hyalinen Knorpels. Nachdem er in Wien seine specialistische Ausbildung genossen hatte, liess er sich in seinem Vaterland als Laryngologe nieder, und zwar bevorzugte er aus Gesundheitsrücksichten Brighton meist als Wohnsitz. Daselbst gründete er im Verein mit einigen Collegen das Brighton and Sussex Throat and Ear Hospital. Er hat zur Verbreitung der rhinologischen Kenntnisse unter den englischen Aerzten durch sein viel benutztes Buch über die Untersuchung der Nase beigetragen, er hat das Rüstzeug seiner Fachgenossen durch Angabe verschiedener Instrumente vermehrt. Sehr zahlreich sind seine Mittheilungen und Demonstrationen in der Laryngological Section der R. Academy of Medicine gewesen.

Personalnachrichten.

Es wird gewiss bei allen unseren Lesern aufrichtige Freude erregen, zu hören, dass Sir Felix Semon von der Reise um die Welt, die ihn 10 Monate lang von seiner Heimath ferngehalten hat, glücklich und wohlbehalten zurückgekehrt ist, und wir sind sicher, in ihrer aller Namen zu sprechen, wenn wir dem verdienten und allgemein verehrten Mann und seiner Gemahlin ein herzliches „Willkommen" zurufen.

O. Kahler hat sich für Krankheiten der oberen Luftwege an der Universität Wien habilitirt.

Harmer hat seine Stellung als Leiter der Universistätspoliklinik für Kehlkopfkranke in Prag und den damit verbundenen Lehrauftrag für Laryngologie niedergelegt und ist nach Wien zurückgekehrt.

O. Chiari (Wien) ist zum Ehrenmitglied und E. von Navratil (Budapest) und Massei (Neapel) sind zu correspondirenden Mitgliedern der American Laryngological Association gewählt worden.

Prof. Masini (Genua) ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist das Prädicat Professor verliehen worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, September. 1910. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Notiz des Herausgebers. Eine neue Sputumprobe zur Unterscheidung von Bronchial- und Lungenkrankheiten. (A new sputum test for distinguishing bronchial from pulmonary disease.)** *Journal American Medical Association. 5. Februar 1910.*

Es handelt sich um ein von Falk und Tedesko beschriebenes Verfahren, das darauf beruht, dass Salicylsäure und ihre Salze nach Anwendung per os sich in serösen Flüssigkeiten (Pleura, Peritoneum) und entzündlichen Exsudaten findet, jedoch nicht in Drüsensecreten, wie Speichel, oder im Secret der Bronchialschleimhaut. Finden sie sich im Sputum, so ist es ein Zeichen, dass die Lungensubstanz selbst ergriffen ist. Das Salicyl lässt sich im Sputum durch Zusatz von Eisenchlorid nachweisen. Niemals gelang die Reaction bei Erkrankungen, in denen das Sputum nur aus den Bronchien stammte: acute und chronische, sowie purulente Bronchitis, Bronchiektasie, Stauungskatarrh. Bei Lobarpneumonie erschien das Salicyl im Sputum in grossen Mengen; in einem durch Autopsie erhärteten Fall von centraler Pneumonie ohne physikalische Zeichen war die Reaction positiv. In allen Fällen von Tuberculose war die Reaction positiv, jedoch ging ihre Intensität nicht parallel mit dem klinischen Befund.

EMIL MAYER.

2) **Flotats Domenech** (Barcelona). **Die Fulguration und maligne Neubildungen, speciell in der Rhino-Laryngologie. (La Fulguración y los neoplasmas malignos especialmente en rino-laringologia.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la gargenta. No. 16.*

Verf. beschreibt die von Laurens angegebene Technik des Keating-Hart'schen Verfahrens für den Kehlkopfkrebs und studirt den Mechanismus der Heilung gemäss den verschiedenen Theorien über die Pathogenese des Carcinoms.

Er führ.t keine Fälle persönlicher Erfahrung an.

A. J. TAPIA.

3) E. Dina. **Ueber einen neuen Fall von Perforation der Luftwege durch verkäste Bronchialdrüsen. (Sopra un nuovo caso di perforazione delle vie respiratorie per gangli peribronchiali in degenerazione caseosa.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. November 1909.*

Es handelte sich um ein 5jähriges Kind, das hochgradig asphyktisch in die Klinik gebracht wurde und bei dem man eine Larynxdiphtherie vermuthete, wegen deren man zuerst die Intubation und, als diese erfolglos blieb, die Tracheotomie machte. Aber auch danach blieb die Respiration erschwert; sie wurde erst wieder normal, als durch einen Hustenstoss aus der Tracheotomiewunde ein gelblichweisser Brei und danach ein mandelförmiger Körper entfernt wurde, der sich bei der Untersuchung als eine verkäste Lymphdrüse erwies, in der auch Tuberkelbacillen gefunden wurden. FINDER.

4) Fritz Neumann (Wien). **Ein Beitrag zur Klinik des Skleroms.** *Mit 5 Fig. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 4 u. 5. 1910.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

5) Nielsen (Kopenhagen). **Generalisirte Pityriasis rubra pilarus. — Ausgebreitete leukoplasiforme Affection verschiedener Schleimhäute. — Syphilis.** *Monatsh. f. pract. Dermatol. Bd. 50. H. 11 u. 12. 1910.*

Das eingehend geschilderte Krankheitsbild bei einem 21jährigen Manne wird vom Verf. aufgefasst als eine Pityriasis rubra pilaris mit einer bei dieser Krankheit bisher ungekannten Localisation auf verschiedenen Schleimhäuten in Gestalt leukoplasiformer Veränderungen, welche klinisch im Ganzen mit den Schleimhautaffectionen bei Lichen ruber planus übereinstimmen. Befallen waren die Wangen-, Zungen-, Gaumenschleimhaut, Tonsille, hinterer Gaumenbogen, Zungenwurzel, Pharynx und Larynx. SEIFERT.

6) Lannois und Curtil. **Chronischer Schleimhautpemphigus. (Pemphigus chronique des muqueuses.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 3.*

Es handelt sich um einen Fall von Pemphigus der Conjunctiven, der Nasen- und Rachen-Kehlkopfschleimhaut. Die Krankheit des nunmehr 69jährigen Webers begann vor 5 Jahren mit Paraesthesien im Rachen. Erst 2 Jahre später zeigten sich charakteristische Pemphigusblasen an den Conjunctiven. Patient wurde unterdessen an Staar operirt und erblindete vollständig im Verlaufe seines Conjunctivalleidens. Im Rachen sieht man überall theils ältere, theils jüngere Pemphigusblasen. Desgleichen sind die Zeichen des Pemphigus in der Nase in Form von Krusten und Ulcerationen im Kehlkopf, namentlich an der Epiglottis und den Aryknorpeln zu erkennen. Wie gewöhnlich beim Schleimhautpemphigus ist der Rest des Körpers frei, wenigstens in der ersten Zeit des Leidens. LAUTMANN.

7) Curt Kayser (Berlin). **Beitrag zum Studium des primären Schleimhautlupus und seiner Behandlung.** (Aus der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke der Königl. Charité. Director Geh.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel.) *Dissertation.*

Nach Bemerkungen über Vorkommen des Schleimhautlupus, Verhalten des-

selben zur Schleimhauttuberculose und seine Beziehungen zur Lungentuberculose — alles mit fleissiger Benutzung der Literatur — bespricht Verf. die Therapie desselben und räth im Anschluss an die Darstellung eines in der Berliner Universitätspoliklinik durch Tuberculinbehandlung wesentlich gebesserten Falles von primärem Schleimhautlupus der Nase, der sich in grosser Ausdehnung auf die Schleimhaut des Oberkiefers fortsetzte, vom Tuberculin bei Schleimhautlupus ausgedehnteren Gebrauch zu machen wie bisher.

Es wurden der betr. Patientin in der Zeit vom 27. 7. bis incl. 9. 12. an 33 Tagen 33 Tuberculininjectionen gemacht und zwar von 0,001 g beginnend bis zu 1,0 g langsam aufsteigend. Beim Auftreten von Fieber wurde im allgemeinen die gleiche Dosis wiederholt bis zum Aufhören der Reaction. Die letzten Residuen der Erkrankung — leichte Röthung und etwas unebene Oberfläche in der Ausdehnung eines Fünfpfennigstückes der Schleimhaut des Oberkiefers — sollen durch eine nochmalige Tuberculinkur beseitigt werden.

SALZBURG.

8) **Burrill B. Crohn. Blutculturen beim Rotz des Menschen. (Blood cultures in human glanders.)** *American Journal of the Medical Sciences. August 1909.*

Die Folgerungen, die aus einem Studium der Fälle von Rotz, in welchen Blutculturen angelegt wurden, gezogen werden können, sind: Beim acuten Rotz ist das Ergebniss der culturellen Blutuntersuchung im frühen Stadium der Krankheit negativ; bei Untersuchungen, die im späteren Verlauf der Krankheit gemacht werden, ist das Ergebniss stets positiv, besonders nach dem Erscheinen des pustulösen Ausschlags. Chronische Fälle haben bisher ein negatives Ergebniss gezeigt.

EMIL MAYER.

9) **Clifton M. Miller. Tertiäre Syphilis der Nase und des Rachens. (Tertiary syphilis of the nose and pharynx.)** *American Journal of Dermatology. August 1909.*

Verf. behauptet, dass in der Nase die tertiäre Syphilis sich gewöhnlich zuerst durch eine Schwellung der unteren Muscheln manifestire, die sich durch ihre Härte von der Rhinitis hyperplastica unterscheide (? Red.). Dieser Zustand kann zu jedem Stadium von Destruction führen. Im Pharynx bestehen die ersten Erscheinungen der tertiären Syphilis in gewöhnlich rundlichen Geschwüren.

EMIL MAYER.

10) **Zange** (Strassburg). **Ueber die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Med. Klinik. 29. 1910.*

Der Verf. betont, dass die Syphilisdiagnose der oberen Luftwege nicht selten recht schwierig sein kann, zumal die pathologisch-anatomischen Ergebnisse der Untersuchung nicht immer eindeutig sind, desgleichen die bakteriologische Untersuchung. Die Anamnese ist meistens recht unsicher. Es müssen möglichst viele Symptome zusammengenommen werden, wenn die Diagnose sicher und exact gestellt werden soll. Ein wesentliches Hilfsmittel für die Diagnose stellt die Wassermann-sche Seroreaction dar, für deren Werth einige charakteristische Fälle mitgetheilt werden.

SEIFERT.

11) **Oscar Bloch. Uebersichtliche Darstellung der Verengerungen der Luftwege. (Oversigtlig Fremstilling af „Stenoser“ i Liftveiene.)** *Dansk Klinik. No. 8. 1909.*

Ein Bruchstück einer klinischen Vorlesung von einem nicht laryngologischen Standpunkte. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Tissier** (Paris). **Angeborener Mangel der Nase. (Absence congénitale du nez.)** *Société obstétrique de Paris. 17. Februar 1910.*

Das Septum fehlt völlig; unter der Gesichtsmaske finden sich zwei durch einen ca. 2 cm breiten Zwischenraum getrennte Oeffnungen, die in den Pharynx führen. GONTIER de la ROCHE.

13) **L. Clerc. Beitrag zum Studium des Rhinophyms. (Contributo allo studio del Rinofima.)** *Arch. Ital. di Otologia. Vol. XXI. No. 4.*

Die histologische Untersuchung der Fragmente des neoplastischen Gewebes hat ergeben, das der charakteristische und vorwiegende Theil desselben aus lymphatischem Gewebe besteht, das nicht nur das Chorium infiltrirt und sich bis unter die epidermoidalen Schichten erstreckt, sondern auch das Unterhautzellgewebe. Es bildet dies ein interessantes und neues Phänomen wegen der eigenthümlichen Vertheilung der mononucleären Lymphocyten, durch welche dem Tumor ein Aussehen ähnlich dem der glandulären Lymphorgane gegeben wird.

Verf. ist geneigt, diesem Fall von Rhinophym die Bedeutung eines lymphatischen Tumors beizulegen. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Syphilis ein prädisponirendes ätiologisches Moment abgiebt. CALAMIDA.

14) **O. Lanz** (Amsterdam). **Rhinophyma.** *Nederl. Tijdschr. f. Geneesk. I. No. 16. 1910.*

Bei 2 von den 3 Patienten war Potatorium absolut auszuschliessen. Die Behandlung soll eine andere sein, wenn das Leiden ein diffuses oder ein mehr umschriebenes ist. Bei dem einen Patient hat L., nach von Bruns, aus dem Nasenrücken scharf eine senkrechte Ellipse, und aus dem Nasenflügel eine horizontale Ellipse herausgeschnitten und die Wunden primär vernäht. Bei der mehr diffusen Form ist die Decortication angezeigt. Die neue Haut bildet sich schnell vom Epithel der zurückgebliebenen Talgdrüsenreste aus. Unter localer Cocain-Adrenalin-Anästhesie ist die Blutung nicht störend. H. BURGER.

15) **Font de Boter** (Barcelona). **Naevus maternus der Nasenwurzel durch Radium geheilt. (Naevus maternus del arranque de la nariz, curado por el radium.)** *Revista barcelonesa de enfermededas de la gargenta. No. 16.*

Verf. benutzte 2 cg Radiumsulphat; die Anwendung geschah 14 Tage lang, täglich eine Stunde; nach 14 Tagen begann die Entfärbung und Retraction der Masse. Zwei Wochen Ruhe, während deren die Besserung fortschreitet. Dreissig neue Applicationen; Heilung, ohne dass Spuren zurückbleiben.

Für die Fälle, wo mehr als 500000 Activitäten erforderlich sind, empfiehlt Verf. das Verfahren von Dominici, um Radiumdermatitiden zu vermeiden, d. h. Bedeckung der erkrankten Partien mit einer 0,1—0,2 mm dicken Bleiplatte. Hat sich die Tumormasse erst einmal vermindert, so kann man die Oberfläche mit geringerer Activität behandeln unter Fortlassung der Bleiplatten. TAPIA.

16) **A. Mertens** (Haag). **Gesichtsprothese. (Aangezichtsprothese.)** *Handel. Nederl. Tandheelk. Congress 1909 Amsterdam. p. 214.*

Die äussere Nase war bei einem Manne von 26 Jahren durch Lupus gänzlich verloren gegangen. Auch der mittlere Theil der Oberlippe war verschwunden und die vier Schneidezähne des Oberkiefers ausgefallen. Auf einer Gypsmaske des Gesichtes wurden Nase und Lippe modellirt; es wurde aus Gyps ein Negativ gegossen und in demselben aus Wachs ein Positiv gemacht. Diese Wachsprothese wurde auf dem Gesicht des Patienten genau detaillirt. Sie trägt auf der hintern Seite ein nach unten gebogenes Häkchen. Die Prothese wurde dann in vulkanisirtem Kautschuk reproducirt. Eine zweite Prothese, welche vier Schneidezähne trägt und mittelst Häkchen am Gebiss des Oberkiefers befestigt ist, dient zur Fixation der Nasenprothese. Sie trägt ein nach oben und rückwärts gerichtetes Stäbchen, um welches herum eine Gebissfeder geschoben wird. Letztere fasst das Häkchen der Nasenprothese und übt auf dieselbe einen fortwährenden Zug nach hinten aus, infolge dessen die Prothese auch bei Bewegungen der Gesichtsmuskeln stets gut anschliesst. H. BURGER.

17) **E. A. Pólya** (Budapest). **Nasenspitzenplastik von der Oberlippe.** *Orvosi Hetilap. No. 1. 1910.*

Nach Operation eines Nasenepithelioms blieb ein bis zum oberen Rande der Apertura piriformis reichender Defekt zurück, welcher von der Oberlippe ersetzt wurde. Der kosmetische Effekt ist zufriedenstellend. POLYAK.

18) **Pierre Sebileau. Die metallische Prothese des Schädels. (La prothèse métallique du crâne.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 2.*

Trotz aller osteoplastischer Operationen kommt man bei der Chirurgie des Kopfes in die Lage, künstlich Knochendefecte mittels Prothesen decken zu müssen. Man zweifelte bisher daran, ob solche Prothesen sich auf die Dauer halten können. Sebileau hat 1903 die Vorderwand der Stirnhöhle, nach Abtragung derselben wegen eitrigen Zerfalles, durch eine gefensterte Goldplatte ersetzt und diese Prothese hat sich bis auf den heutigen Tag, also mehr wie 7 Jahre, in der Einbettung gehalten. Seither hat Sebileau noch zwei andere Fälle von künstlicher Ersetzung abgetragener Schädelknochen durch Goldplatten, den einen Fall durch 3 Jahre, den anderen durch mehrere Monate, beobachten können. Es scheint somit der Beweis erbracht, dass solche Prothesen practisch durchführbare Maassnahmen sind. Allerdings gehört zur Ausführung solcher Prothesen die Unterstützung, die Sebileau durch Delair gefunden, der in der Kunst der Prothese thatsächlich unübertroffen dasteht. LAUTMANN.

19) **Sprengel** (Braunschweig). **Die Benutzung der Bindehaut des Auges beim plastischen Verschluss von Defecten der Nase.** *Centralbl. f. Chirurgie. 24. 1910.*

Bei ausgedehntem Defect des Nasenrückens, entstanden nach Exstirpation eines Carcinoms deckte Spr. den Defect in der Weise, dass er die Conjunctiva des Auges als gestielten Lappen in toto auf die Nase überpflanzte, die Schleimhaut nach innen, die wunde Fläche nach aussen.

SEIFERT.

20) **M. Wassermann** (München). **Ueber die kosmetische und therapeutische Anwendung des Paraffins auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten.** *Mit 4 photographischen Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1910.*

Nach einem Bericht über die Entwicklung der Paraffininjectionen, ihre Complicationen und Misserfolge, sowie über das Schicksal des in die Gewebe injicirten Paraffins bespricht W. die Technik und empfiehlt die Spritze von Lermoyez-Mahu, die ein Paraffin vom Schmelzpunkte 42—45° in starrer Consistenz einzuspritzen gestattet; damit sind eine Reihe Gefahren und Misserfolge ausgeschaltet. Neben dem Ausgleich von Einsenkungen nach Stirnhöhlenradicaloperationen wandte es Autor mit gutem Erfolg zur Beseitigung von Sattelnasen luetischer, traumatischer oder angeborener Natur an. Einen gleich guten Erfolg beobachtete Verf. durch die submucösen Injectionen bei über 30 Fällen von Ozaena, bei denen er beachtenswerthe Besserungen erzielte, die er auf pathologisch-anatomische und physiologische Aenderungen zurückführt.

HECHT.

21) **H. Gillot. Beitrag zum Studium der Pathogenese der Ozaena. (Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène.)** *Dissert. Lille 1909.*

Verf. untersuchte 50 Ozaenapatienten. Er vertritt den irrigen Standpunkt, dass regelmässig bei der Ozaena vermittelst der Sonde blossliegende, nekrotische Knochenpartien im Siebbein nachweisbar seien. Würden diese cariösen Knochenherde curettirt, so würden Foetor und Krustenbildung verschwinden.

OPPIKOFER.

22) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber die Frühformen der Ozaena.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1910.*

Dieser Artikel ist schon in den Verhandlungen des XV. internat. med. Congresses publicirt worden.

POLYAK.

23) **R. Leroux. Pathogenie und Behandlung der Ozaena. (Pathogénie et traitement de l'ozène.)** *Presse Médicale. 7. Mai 1910.*

Die wahre Ozaena ist auf das Wachsthum eines specifischen Microorganismus unter bestimmten Umständen zurückzuführen, von denen die hauptsächlichsten eine Veränderung des Secrets und besonders eine Atrophie der Schleimhaut bilden, sei diese nun auf Tuberculose, Syphilis oder irgend eine andre Ursache für die Debilität der Schleimhaut zurückzuführen.

Verf. behandelt mit Paraffininjectionen in Verbindung mit heisser Luft von 60°, die das Paraffin zwischen die Schleimhautdrüsen ausbreiten soll.

GONTIER de la ROCHE.

24) **Richard Botey. Sind die Paraffininjectionen zur Zeit die beste Behandlungsart der Ozaena? (Las inyecciones de parafina en el ozena son actualmente el mejor tratamiento de esta afección?)** *Archivos de Rhinologia, Laringologia y Otologia. No. 61. 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die submucösen Paraffininjectionen stellen zur Zeit in der That die beste Behandlungsart der Ozaena dar; sie giebt 50 pCt. Heilungen, 33 pCt. erhebliche Besserungen und nur in 15 pCt. tritt diese wenig hervor. Vorhergehende submucöse Injectionen von Wasser erleichtern die ersten Male die Einführung des Paraffins; man kann sie als ein Hilfsmittel betrachten, das zur Erzielung eines vollkommenen Resultats beiträgt.

Die Heilung der Ozaena oder ihre Besserung hält während mehrerer Jahre an. Andern Falles braucht man nur die Injectionen zu wiederholen. TAPIA.

25) **A. Logan Turner** und **C. J. Lewis. Eine weitere Studie über die Bakteriologie der Nebenhöhleneiterungen. (A further study of the bacteriology of suppuration in the accessory sinuses of the nose.)** *Edinburgh Medical Journal. April 1910.*

Verff. beschäftigen sich hauptsächlich mit der Bakteriologie der Highmorshöhlenempyeme und haben sich bemüht, daraus Schlüsse auf die beste Art der Behandlung zu gewinnen.

Aus den mannigfachen Ergebnissen, zu denen sie auf Grund ausgedehnter bakteriologischer und cytologischer Untersuchungen gelangen, seien folgende hervorgehoben:

1. Die Nebenhöhleneiterung ist nicht durch irgend einen besonderen Microorganismus hervorgerufen.

2. Von den verschiedenen Kokkenformen werden gewöhnlich gefunden: Pneumokokken, Streptokokken, Staphylokokken, Diplokokken vom Typus des Micrococcus catarrhalis.

3. Folgende Gruppen von Bacterien finden sich häufig bei Sinuseiterungen: a) Bact. coli und die ihm nahestehenden Arten; b) Putreficirende Bacterien, wie Proteus und die ihm nahestehenden; c) Zahnbacterien wie Bac. gangraenae pulpae und Bac. necrodentalis; d) als obligat eine Gruppe von Anaeroben, deren hervorragendste Repräsentanten sind B. perfringens und B. ramosus; e) eine diphtheroide Gruppe; f) der Bac. influenzae.

4. Klinische und bacteriologische Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass die nasale Infection des Antrums häufiger ist, als die dentale und dass circa ein Drittel der Fälle von Antrumempyem dentalen Ursprungs ist.

5. Foetor kann sowohl bei sehr frischen, wie auch bei chronischen Antrumeiterungen vorhanden sein und kann sowohl bei solchen nasalen wie dentalen Ursprungs sich finden.

6. Wenn Spülungen der Höhle ausführbar sind, sollten sie von der Nase aus vorgenommen werden.

7. Ein gewisser Procentsatz der Antrumeiterungen heilt unter Spülungen;

man kann jedoch weder aus dem Verlauf des Falles, noch der Art der Absonderung noch der Infection schliessen, welche Fälle erfolgreich behandelt werden können.

8. Eine gewisse Hilfe für die Auswahl der zur Spülbehandlung geeigneten Fälle gewährt die Untersuchung der Zellelemente des Eiters und die bacteriologische Untersuchung desselben.

9. Der Werth der cytologischen Untersuchung wird dadurch herabgemindert, dass der entzündliche Process in einem Theil der Antrumschleimhaut vorgeschrittenere Veränderungen bedingt als in dem andern.

10. In den Fällen, in denen die Untersuchung eine verhältnissmässig kleine Zahl von Lymphocyten ergiebt, ist die Aussicht auf Heilung durch Spülungen grösser, als wenn ein Uebermaass an Lymphocyten vorhanden ist.

11. Findet sich in chronischen Fällen ein Uebermaass von Lymphocyten in Verbindung mit dem Streptococcus pyogenes, dann sollte die Behandlung mit Spülungen nicht versucht werden.

C. LOGAN TURNER.

26) **D. Braden Kyle. Acute Nebenhöhlenentzündung; Symptome, Diagnose und Behandlung. (Acute inflammations of the accessory sinuses, symptoms, diagnosis and treatment.)** *Journal of the American Medical Association. 25. September 1909.*

Verf. empfiehlt eine conservative endonasale Behandlung; er verwendet kein Adrenalin wegen der nachträglichen dadurch bewirkten Reaction. Er hat nicht selten Fälle gesehen, in denen eine Gasansammlung im Antrum alle Symptome einer acuten Entzündung hervorrief, die verschwanden, nachdem die natürliche Oeffnung freigelegt war.

EMIL MAYER.

27) **W. E. Murphy. Die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen. (The diagnosis of diseases of tho accessory sinuses of the nose.)** *The Lancet Clinic. 1. Mai 1909.*

Enthält nichts Neues.

EMIL MAYER.

28) **Onodi** (Budapest). **Ueber die intracraniellen und cerebralen Complicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 23. 1910.*

Onodi bespricht die Wege, auf denen sich eine Eiterung aus den Nebenhöhlen auf das Schädelinnere fortpflanzt. Er macht dabei besonders auf die Varietäten im Bau der Nebenhöhlen aufmerksam.

OPPIKOFER.

29) **Arthur Holding. Behandlung der Nebenhöhlen mit Wismuth, Röntgenstrahlen und Elektricität. (Treatment of sinuses with Bismuth, Roentgenray and Electricity.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1909.*

Verf. injicirt zuerst in den Sinus eine aseptische Suspension von Bismuth. subnitr. 1 Theil auf 2 Theile Vaselin mittels einer Glasspritze von grosser Capacität. Dann wird eine Roentgenaufnahme gemacht, die exact die Grösse und alle Verzweigungen der Höhle wiedergiebt.

LEFFERTS.

30) J. L. Goodale. **Behandlung chronischer eitriger Zustände in der Nase mit Milchsäurebakterien. (Treatment of chronic suppurative nasal conditions by the use of lactic acid bacteria.)** *N. Y. Medical Record. 31. Juli 1909.*

Die Fälle des Verf. betreffen solche von chronischer Atrophie mit Ozaena und die verschiedenen Sinuserkrankungen. In Fällen von Ozaena mit Borkenbildung wurde eine entschiedene Wirkung erzielt; die Resultate waren zu vergleichen denen mit Argyrol. Es bleibt aber abzuwarten, ob es sich um mehr als einen temporären Erfolg handelt. Bei chronischen Nebenhöhleneiterungen mit Hypertrophie und Polypenbildung wurde kein Resultat erzielt.

LEFFERTS.

31) **Fr. Preysing** (Cöln). **Atypische Nebenhöhleneiterungen.** *Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 17. 1910.*

Bei malignen Tumoren im Gebiete der obern Nase und Nebenhöhlen empfiehlt Verf. auf die Kosmetik nicht zu sehr Rücksicht zu nehmen. Der Hautschnitt ist ein T-Schnitt, bestehend aus einem Horizontalschnitt über beiden Supraorbitalrändern und einem Vertikalschnitt über den Nasenrücken. Die Vorderwand einer oder beider Stirnhöhlen wird ohne Erhaltung einer Spange entfernt, ebenso die Nasenwurzel bis auf einen Rand um die Apertura piriformis, bei einseitiger Operation die ganze eine Hälfte des äusseren Nasengerüstes. Auch empfiehlt es sich vom knöchernen Septum reichlich zu entfernen. In denjenigen Fällen, bei denen eine primäre Naht angelegt werden kann, ist die Verunstaltung eine verhältnissmässig geringe. 8 Photographien von 6 derartig operirten Fällen ergänzen die Arbeit.

OPPIKOFER.

32) **Duncan Mac Pherson. Asthma nach operativen Maassnahmen bei Ethmoiditis. (Asthma following operative measures in ethmoiditis.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Es ist bisher der Möglichkeit keine Aufmerksamkeit zugewendet worden, dass durch künstliche Schaffung von hyperästhetischen Zonen in der Nase Asthma erzeugt werden kann. Es werden drei Fälle berichtet, in denen asthmatische Anfälle nach Operationen an den Siebbeinzellen auftreten. Keiner der Patienten litt vorher an Asthma und bei allen traten die Anfälle 2—3 Wochen nach der Operation auf. Verf. meint, dass seine Fälle die Meinung derjenigen Rhinologen widerlegen, die eine Obstruction der Nase zur Hervorbringung eines Asthma nasale für nothwendig erachten. (Von den angeführten Fällen kann nur einer wirklich als positiv bezeichnet werden; die Zahl der Fälle ist zu gering, um daraus allgemeine Schlüsse zu ziehen, Ref.)

EMIL MAYER.

33) **Castaneda** (San Sebastian). **Chronische eitrige Ethmoiditis mit Fistelbildung und ohne endonasale Erscheinungen. (Etmoiditis supurada crónica con fistula y sin manifestaciones endo-nasales.)** *Boletin de laringologia etc. Januar-Februar 1910.*

In dem ein 18jähriges Mädchen betreffenden Fall handelt es sich um eine eitrige, geschlossene Ethmoiditis der hinteren Siebbeinzellen; es bestand eine Fistel im inneren Augenwinkel; die Erkrankung ging nicht auf das übrige Siebbein über.

TAPIA.

34) **Duverger. Sarkom des Siebbeins und der Kieferhöhle. Operation nach Moure. (Sarcome globo-cellulaire de l'ethmoïde et du sinus maxillaire gauches. Rhinotomie latérale et ethmoidectomie. Precédé de Moure.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 15. 1910.*

Patient ist 22 Jahre alt und wurde 4 Monate vor Veröffentlichung der Arbeit vom Autor operirt. Wenn auch der Dauererfolg unbestimmt ist, so war der operative Erfolg ein ausgezeichneter, was Zugänglichkeit des Tumors und kosmetisches Resultat anlangt. In Folge dessen beschreibt Verf. die von ihm befolgte Technik, die sich ganz an die von Moure (Soc. franç. de larnyg. Mai 1901) beschriebene und seither von allen Seiten mit bestem Erfolge ausgeführte Operationsmethode anschliesst.

LAUTMANN.

35) **Rueda** (Madrid). **Fibro-mucöser Nasentumor und Sinusitis fronto-ethmoido-sphenoidalis. (Tumor nasal fibro-mucuso y sinusitis fronto-etmoido-esfenoidal.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 2. 1910.*

Der Tumor war so gross, dass er das Nasenskelett deformirte. Gleichzeitig bestand eine Erkrankung des Siebbeins, der Stirnhöhle und Kielbeinhöhle. Operation: Verf. machte eine Combination zwischen der lateralen Rhinotomie nach Moure und den Operationen von Taptas und Kuhnt; diese atypische Operation gestattete, den Tumor zu exstirpiren und gleichzeitig die Sinusitis zu behandeln. Heilung.

TAPIA.

36) **Lee Maidment Hurd. Neubildung, von der Fissura spheno-ethmoidalis ausgehend. (New growth arising from the spheno-ethmoidal fissura.)** *The New York Polyclinic Journal. Juni 1909.*

Der Tumor war weich, blutete leicht und konnte hinter dem Kieferast gefühlt werden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Carcinom.

EMIL MAYER.

37) **Salembier. Symptomatologie, Diagnostik und Behandlung der Keilbeinhöhleneiterungen.** *Dissert. Lille 1908.*

Die Dissertation, die nichts Neues bringt, entstand auf Veranlassung von Prof. Gaudier, der die Keilbeinhöhleneiterung als sehr seltene Affektion ansieht, da er bis heute nur 2 Fälle beobachtete.

OPPIKOFER.

38) **W. S. Syme. Chronische Keilbeinhöhlenerkrankung. (Chronic sphenoidal sinus disease.)** *Lancet. p. 422. 12. Februar 1910.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, von denen bei 16 die operative Behandlung von Erfolg war; 2 sind noch in Beobachtung. Symptome, Methoden der Diagnose und operative Technik werden im Detail beschrieben. Verf. macht auf ein Oedem im hinteren Theil des Septums als ein Symptom von einiger Bedeutung aufmerksam, betont aber, dass dieser Zustand auch abgesehen von Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen nicht ungewöhnlich sei. Bei einer Serie von 230 Schädeln fand er bei einer grossen Höhle ein Fehlen des Ostiums, in einem anderen Fall führte es in die hintere Siebbeinzelle. Das Fehlen von eitrigem Secret bei der Ausspülung der Höhle hält er von geringer diagnostischer Bedeutung, da in einigen Fällen, wo die Operation das Vorhandensein von Granulationsgewebe oder Polypen ergab, sehr

wenig Absonderung in der Höhle sich vorfand. Nach Erfahrung des Verfassers ist es nicht ungewöhnlich, Erkrankung des hinteren Siebbeinlabyrinths ohne Keilbeinhöhlenerkrankung zu finden, selten aber das Umgekehrte.

In keinem seiner Fälle sah sich Verf. genöthigt, den Weg von aussen für die Operation der Keilbeinhöhle einzuschlagen. Bei engen Nasen, wo auch Entfernung von eventuellen Leisten und Deviationen nicht genügend Raum schafft, hält es Verf. für richtig, so zu operiren, wie bei der Killian'schen Stirnhöhlenoperation, die zu dieser Region so guten Zugang giebt. Er berichtet über einen Fall, in dem eine Opticusatrophie aus dem Keilbeinempyem resultirte und in dem schliesslich Erblindung eintrat; von 14 Fällen, in denen der Opticus untersucht wurde, wurde er in sechs normal befunden, in vier wurden verschiedene Grade von Congestion constatirt und in drei war beiderseits ausgesprochene Neuritis optica.

WATSON WILLIAMS.

39) **M. Hajek** (Wien). **Mucocele der Keilbeinhöhle, complicirt durch Neuritis optica. Operation. Heilung.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von Hydrops der linken Keilbeinhöhle, der sich bei einer 47jährigen Ozaenakranken fand. Die Vorderwand der Keilbeinhöhle war nasalwärts vorgewölbt, sah tumorartig aus und fühlte sich stellenweise knöchern, stellenweise elastisch an. Beim Einreissen der elastischen Stellen mittelst des Siebbeinhakens stürzte „eine ansehnliche Menge einer anscheinend unter hohem Druck befindlichen, serös-schleimigen Flüssigkeit in die Nasenhöhle hervor". Nach Abtragung der ganzen Keilbeinhöhlenvorderwand zeigte die blasse Schleimhautauskleidung der Höhle nichts von der Norm Abweichendes. Die gleichzeitig bestehende starke Neuritis optica ging auffallend rasch zurück, so dass Pat. subjectiv bereits $^{1}/_{2}$ Stunde nach der Operation bedeutend besser sah. Die Entstehung der Sehstörung erblickt Verf. entweder als Folge des Flüssigkeitsdruckes auf die innere Knochenwand des Canalis opticus oder als Folge der „Circulationsstörung im Gebiete des Sehnerven in Folge des erhöhten Druckes auf den in collateraler Beziehung stehenden Venencomplex der Keilbeinhöhle". Besonderes Interesse verdient auch die erfolgreiche Röntgenphotographie, die mit ihrem positiven Befund die Diagnose förderte. Anschliessend epikritische Erörterung, Besprechung der einschlägigen Literatur und Betrachtungen über Augencomplicationen bei Keilbeinhöhlenerkrankungen.

HECHT.

40) **Dunbar Roy. Bericht über ein wahrscheinliches Sarkom der Keilbeinhöhle. (Report of a probable case of sarcoma of the sphenoidal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Das erste Symptom, worüber Pat. klagte, war ein Rauschen im linken Ohr und Schwerhörigkeit auf demselben. Ein Tubenkatheter konnte nicht eingeführt werden, da die Geschwulst der Keilbeinhöhle nach unten und links auf die Tube drückte. Später sah Verf. eine Hervorwölbung im Nasenrachen; es trat dann Parese des M. rectus externus und Exophthalmus des linken Auges auf. Fünf Tage später war der linke M. rectus externus gelähmt, Parese des N. facialis derselben Seite,

die Hervorwölbung im Nasenrachen trat stärker hervor, blutete leicht bei Berührung und es bestanden auch Schmerzen in der linken Orbita und auf der linken Kopfhälfte.

EMIL MAYER.

41) **W. S. Syme** (Glasgow). **Einige Punkte in der Chirurgie der Keilbeinhöhle. (Some points in the Surgery of the sphenoidal sinus.)** *Glasgow Medical Journal. 1909.*

Verf. giebt eine Schilderung der von ihm angewandten Technik der Keilbeinhöhlenoperation; neue Gesichtspunkte treten dabei nicht zu Tage.

A. LOGAN TURNER.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Die Eröffnung der Schädelhöhle und des Gehirns durch die Nasenhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 12. 1910.*

Eine Demonstration vor der ungarischen Academie der Wissenschaften, bei welcher Gelegenheit Verf. seine photographischen Aufnahmen und Untersuchungsergebnisse vorstellte. Die interessante Monographie soll demnächst in deutscher und englischer Sprache in Buchform erscheinen.

POLYAK.

43) **Gerhard H. Cocks. Die Nothwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung des Nasenrachens bei der Behandlung von Ohrkrankheiten. (The necessity of a careful examination of the nasopharynx in the treatment of ear diseases.)** *The Post-Graduate. Juli 1909.*

Verf. weist auf die Bedeutung von Strängen und adenoidem Gewebe in der Rosenmüller'schen Grube für die Entstehung von Mittelohrerkrankungen hin.

EMIL MAYER.

44) **Francis R. Packard. Die Bedeutung gründlicher Untersuchungen des Nasenrachens bei der Ohrbehandlung. (The importance of the thorough study of the nasepharynx in treatment of the ear.)** *The Laryngoscope. August 1909.*

In jedem Fall von Mittelohrerkrankung muss der Nasenrachen mit dem Spiegel und auch digital untersucht werden, und zwar vor und nach Reinigung von dem ihm anhaftenden Schleim. Die Bedeutung von Adhäsionen im Nasenrachen für das Zustandekommen von Ohrkrankheiten ist bisher übersehen worden, besonders wegen der Schwierigkeiten der Untersuchung des Nasenrachens.

EMIL MAYER.

45) **H. Vincent** (Paris). **Desinfection des Nasenrachens zur Prophylaxe der Meningitis cerebro-spinalis. (Desinfection du Rhinopharynx dans la prophylaxie de la méningite cérébre-spinale.)** *Société méd. des hôpit. 18. März 1910.*

Verf. betont von neuem die Gefahr der Meningokokkenträger. Er schlägt eine Methode vor, die in sehr kurzer Zeit die Meningokokken zum Verschwinden bringt und eine ausgezeichnete Asepsis des Nasenrachens bewirkt: Langsame, drei- bis viermal des Tages vorgenommene Inhalation mit:

Rp. Jod 12,0
Guajacol. 2,0
Acid. thymic. 0,25
Alcohol (80 proc.) 200,0.

Pinselungen der ganzen Rachenoberfläche mit Jodglycerin ($^1/_{30}$); Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxydlösung.

GONTIER de la ROCHE.

46) **L. Clarc. Primäres Lymphosarkom des Nasenrachens. (Linfosarcoma primitive della rinofaringe.)** *Bollet. mal. orecchio. Mai 1910.*

Der Tumor nahm den ganzen Nasenrachen ein, war in die rechte Tube eingedrungen und kam in Gestalt eines Polypen im äusseren Gehörgang zum Vorschein. Der operative Eingriff brachte nur vorübergehende Erleichterung; die Radiotherapie wirkte anfangs günstig auf die metastatischen Lymphdrüsen, die zum Theil zurückgingen, sie konnte den letalen Ausgang nicht aufhalten, trug aber dazu bei, die subjectiven Beschwerden herabzusetzen. CALAMIDA.

47) **Botey** (Barcelona). **Neubildung des Cavum und der rechten Rosenmüller-schen Grube. Exstirpation auf natürlichem Wege. (Néoplasma del cavum y de la fosa de Rosenmüller derecha. Exstirpación per la via natural.)** *Archivos de Rinologia. No. 150. 1909.*

Unter Cocain-Adrenalinanaesthesie Exstirpation des Tumors mit der Lubet-Barbon'schen Curette. Cauterisation. Es wird ein grosser Teil der Unterfläche der Apophysis basilaris freigelegt. Der Tumor erwies sich als ein teleangiektatisches Fibro-Myxo-Sarkom.

Ein Jahr später dauert die Heilung noch an. TAPIA.

48) **Maltese. Ein enormes Nasenrachenfibrom local mit Fibrolysin behandelt. (A proposito di un enorme fibroma rino-faringeo a rapido sviluppo trattato localmente con la fibrolisina.)** *Arch. Ital. di Otologia. Vol. XV. Fasc. 6. 1909.*

Es handelt sich um einen schnell wachsenden tödtlich verlaufenden Fall bei einem 24jährigen Mann. Die localen Fibrolysininjectionen hatten eine nekrotisirende Wirkung auf den Tumor, die sich makroskopisch und mikroskopisch nachweisen liess und die besonders die Bindegewebsfasern betraf. Die Reaction, die zuerst eintrat, war leicht und vorübergehend. FINDER.

49) **S. Mc Cullagh. Anscheinend inoperables Fibrom des Nasenrachens mittels Injectionen behandelt. (Fibroma of naso-pharynx apparently inoperable treated by injections.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Es handelte sich um einen 19jährigen Patienten; das hintere Ende der linken unteren Muschel wurde, nachdem es durch Injectionen von Monochloressigsäure reducirt war, resecirt, wonach eine heftige Blutung entstand. Vier Monate später wieder vollkommene Nasenverstopfung. Es wurden wieder dieselben Einspritzungen mittels einer Postnasalspritze gemacht. Die Geschwulst verkleinerte sich, so dass der Patient wieder auf der betreffenden Seite Luft bekam. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **C. van der Hoeven** (Haag). **Xerostomie.** *Handel. Nederl. Tandheelk. Congres, Amsterdam. I. p. 80. 1908.*

Die Ursache der Uebertrockenheit der Mundschleimhaut beruht auf verringerter Speichelsecretion. Verf. beobachtete einen Fall bei einer 50jährigen Dame. Kurze Zeit nach einem Falle auf den Hinterkopf war die lästige Trockenheit des Mundes aufgetreten. Elektrische Behandlung war erfolglos geblieben. Die Schleim-

haut des Mundes war blass und glänzend. Speichel wurde zwar secernirt, aber in ganz geringer Menge. Pilocarpin wurde ohne Erfolg verabreicht. H. BURGER.

51) **J. Zeehandelaar** (Amsterdam). **Perlèche.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 303. 1910.*

Als Schularzt sah Z. bei einer grossen Anzahl Kinder einer Volksschulklasse die von Lemaistre „Perlèche", von E. Lang „Angulus infectiosus" oder „Faulecken" bezeichnete Affection. Sie besteht in der Eruption einer weissen Schwellung mit centraler Rhagade in den beiden Mundwinkeln. Sämmtliche Kinder waren, nur mit Reinigungsmaassregeln behandelt, in vierzehn Tagen wieder hergestellt. Bacteriologisch wurden hauptsächlich Streptokokken gefunden, von denen es indessen gänzlich unsicher ist, ob ihnen eine causale Bedeutung zukommt.

H. BURGER.

52) **J. C. Stewart. Radicalbehandlung des Lippenkrebses. (Radical treatment of epithelioma of the lip.)** *Journal American Medical Association. 15. Januar 1910.*

Ein mit Abbildungen versehener Artikel, in dem Verf. die Nothwendigkeit einer radicalen Operation mit Entfernung der regionären Lymphdrüsen in allen Fällen auseinandersetzt. EMIL MAYER.

53) **P. J. Mink** (Utrecht). **Paradontäre Cysten. (Paradentaire kysten, tandwortelkysten.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1619. 1910.*

Grosse Zahncyste im Bereich der hinteren Kieferhöhlenpartie. Durch Extraction einiger cariöser Zähne war zugleich der Cystenboden breit eröffnet. Die Innenwand der Höhle war blass und glatt, nur an dem oberen Pole sassen einige Granulationen. Die Nachbehandlung bestand in Reinigungen mittels Wasserstoffsuperoxyd, vielfach wiederholten Aetzungen und Auskratzungen, schliesslich auch Heisswasserdampfinsufflationen. Nach vier Monaten war die Höhle gänzlich trocken.

H. BURGER.

54) **W. L. Luckett. Ein Fall von Tetanus mit Infection von einer Zahnhöhle aus. (A case of tetanus with point of infection the cavity of an tooth.)** *N. Y. Medical Record. 19. Februar 1910.*

Da sich am Körper keine andere Eintrittsstelle für die Infection fand, so wurden zwei cariöse Zähne und ein Zahnfragment entfernt, deren Untersuchung auf Tetanusbacillen aber negativ ausfiel. EMIL MAYER.

55) **William B. Coley. Fall von Blastomykose in Verbindung mit Epitheliom des Kiefers. (Case of Blastomycosis associated with epithelioma of the jaw.)** *Journal American Medical Association. 29. Januar 1910.*

25jähriger Mann. Eineinhalb Monate vor der Aufnahme in das Spital wurde der erste Tumor auf der rechten Seite des Unterkiefers am Mundwinkel constatirt. Einige Tage später zeigte sich ein ebensolcher an der entsprechenden Stelle links. Die Tumoren wuchsen rapide. Wenige Wochen nachher war auch ein Tumor in der linken Nierengegend gefunden worden; auch über dem unteren Theil des Sternum fand sich eine Geschwulst; diese wuchs sehr schnell. Eine unter aseptischen

Cautelen vorgenommene Aspiration ergab Eiter, in dem Blastomyceten gefunden wurden. Es entwickelten sich in der Folge zahlreiche Tumoren an verschiedenen Körperstellen. Exitus nach 2 Monaten. Es wurden 15 Tumoren gefunden. Die Untersuchung eines Stücks des Kiefers ergab Epitheliom mit Pigmentbildung.

EMIL MAYER.

56) **J. O. Roe. Palatopharyngeale Adhäsionen. (Palatopharyngeal adhesions.)** *Journal American Medical Association. 15. Januar 1910.*

Diese Verwachsungen können sein: 1. Congenital, 2. einfach entzündlich-katarrhalisch (? Red.), 3. Folge einer Excoriation der Schleimhaut durch scharfe Absonderungen, 4. locale Manifestationen der Exantheme, 5. locale Manifestationen constitutioneller Erkrankungen, wie Tuberculose, Syphilis, 6. Folge von Traumen. Der Unterschied zwischen den am häufigsten vorkommenden syphilitischen Verwachsungen und den anderen besteht darin, dass erstere mit Narbenbildungen und Contractionen einhergehen, während die andern einfache Adhaesionen ohne ausgesprochene Contraction darstellen. Die syphilitischen Verwachsungen sind derb und fibrös, die aus rein entzündlicher Ursache enthalten wenig fibröses Gewebe und sind hauptsächlich musculär und bisweilen findet sich da nur eine Adhaesion der Schleimhautoberflächen.

Was die Behandlung anbetrifft, so hat Roe in drei Fällen mit gutem Erfolg die von Nichols 1890 publicirte Methode angewandt, die darin besteht, dass an den Seiten des Gaumens Seidennähte eingelegt werden und dass die Nähte in situ liegen bleiben, bis ein Kanal sich um sie gebildet hat.

EMIL MAYER.

57) **Morestin** (Paris). **Plastische Operation zur Beseitigung einer Gaumensegelinsufficienz. (Opération plastique pour remédier à une insuffisance du voile du palais.)** *Société de Chirurgie. 27. Juli 1910.*

Es handelte sich um ein junges Mädchen, das nach einer Urano-Staphylorhaphie in der Kindheit trotz aller Uebungen nicht dazu gelangte, normal zu sprechen. Das Gaumensegel war klein und machte nur geringe Excursionen. Verf. machte das Gaumensegel durch eine schräge Incision an beiden Gaumenbögen frei und bewirkte so nach der Naht eine Verlängerung desselben.

GONTIER de la ROCHE.

58) **Kenigstein. Ein Fall von Lues der Nase und des Palatum durum. (Przypadek przymiotu nosa i podniebienia twardego.)** *Medycyna. No. 12. 1910.*

Verf. stellte einen Kranken vor, der vor 8 Jahren mit Syphilis inficirt wurde und bei dem trotz energischer 4jähriger Behandlung doch Nekrose der Nasenmuscheln und des Palatum durum eintrat.

A. v. SOKOLOWSKI.

59) **Botella. Grosser, das ganze Gaumengewölbe nebst Nasenscheidewand umfassender Sequester. (Secuestro enorme abercando teda la bóveda palatina y el tabique nasal.)** *Boletin de Laringologia. September-October 1909.*

Es handelt sich um Lues.

TAPIA.

60) **E. Bergh** (Malmö). **Ein Fall von congenitaler Cyste des weichen Gaumens.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines 7 Monate alten Kindes, das eine von der Rückseite der verlängerten Uvula ausgehende gestielte, kaum mandelgrosse, fast ganz weisse Geschwulst zeigte, die die mannigfachsten Respirations- und Schluckstörungen auslöste. Der Tumor wurde mittelst Péan gefasst und an seinem Stiel durch Scheerenschnitt abgetragen. Er erwies sich makroskopisch und mikroskopisch als Cyste; per exclusionen kommt Bergh zu der Annahme, dass es sich um eine congenitale Cystenbildung des weichen Gaumens handelt, eine Erscheinung, die in ihrer Seltenheit nur 2 analoge Fälle in der einschlägigen Litteratur auffinden liess.

HECHT.

61) **Stoyanova. Ueber tuberculöse Ulcerationen und Perforationen am Gaumensegel. (De la tuberculose ulcéreuse et perforante du voile du palais.)** *Dissert. Nancy 1909.*

In der Klinik von Prof. Jacques (Nancy) kamen im Verlauf der letzten vier Jahre 2608 Erkrankungen von Mund oder Pharynx zur Beobachtung; 15 mal (5,75 pCt.) bestand eine Tuberculose.

Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Behandlung der Mund- und Pharynxtuberculose werden eingehend beschrieben.

Was die Behandlung anbetrifft, so empfiehlt Verf. neben der Galvanocaustik die Jodkalitherapie, die bei der Mund- und Pharynxtuberculose — im Gegensatz zur Tuberculose an anderen Körperstellen — meist Heilung bringe. Die 15 Krankengeschichten werden mitgetheilt und durch 5 weitere bereits von Jacques veröffentlichte Fälle ergänzt. Bei einigen dieser Patienten war vorausgehend ohne Erfolg Quecksilber verordnet worden, bei anderen wurden in excidirten Schleimhautstücken Tuberkelbacillen nachgewiesen, oder bestand gleichzeitig neben der tuberculösen Mundaffection ein Lupus der Nase oder eine Tuberculose des Larynx oder der Lungen.

Eine Verschlechterung des Lungenstatus sah Verf. unter der Jodkalitherapie (durchschnittlich 2,0 während mehrerer Wochen) nie eintreten. Fiebernden oder zu Blutungen neigenden Patienten wurde das Jodkali nicht verabreicht.

OPPIKOFER.

62) **Hofmann** (Cöln-Kalk). **Die Freilegung der Schädelbasis durch temporäre Gaumenresection.** *Centralbl. f. Chirurgie. 24. 1910.*

Von nur chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

63) **Morestin** (Paris). **Pharyngocutane Fistel. (Fistule pharyngo-cutanée.)** *Bullet. de la Société de Chirurgie. 3. Mai 1910.*

Ein 27 jähriges Individuum, das linkerseits über dem vorderen Rand des M. sternocleidomastoideus unten am Halse eine Fistelöffnung zeigt. Seit dem dreizehnten Lebensjahre öffnen sich an dieser Stelle Abscesse. Spaltung des Ganges, der zwischen den M. sterno-thyreoidei verläuft und im unteren Theil des Pharynx mündet. Naht, Drainage, Heilung.

Der Fistelgang war mit Plattenepithel ausgekleidet, ähnlich dem des Pharynx. Es handelte sich zweifellos um eine angeborene Fistel, die sich später geöffnet hat.

GONTIER de la ROCHE.

64) **P. Nobecourt. Hypertrophie der lymphatischen Rachengewebe und deren Beziehungen zur Tuberculose. (Hypertrophy of the lymphoid tissue of the pharynx and its relations to Tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 10. Juli 1909.*

Verf. hat 22 Kindern im Alter von 31 Monat bis 4 Jahren mit grossen Mandelhypertrophien und Adenoiden untersucht, von denen keins Lungentuberculose hatte. Nach dem Ausfall der Pirquet'schen und der Ophthalmoreaction konnten von den 22 Kindern nur 5 als frei von Tuberculose betrachtet werden und doch erfreuten sie sich alle anscheinend der besten Gesundheit. Das entfernte lymphatische Gewebe zeigte niemals Zeichen von Tuberculose. Auch bei Kindern mit offenbarer Tuberculose blieb die Impfung von Meerschweinchen mit jenen entstammendem Mandelgewebe negativ. Verf. kommt zu dem Schluss, dass das lymphatische Gewebe nicht als Eingangspforte für Tuberculose dient.

LEFFERTS.

65) **Lee M. Hurd** und **Jonathan Wright. Die klinische Diagnose der Mandeltuberculose. (The clinical diagnosis of tuberculosis of the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 26. Juni 1909.*

Verf. sagt, dass die Tonsillen mit Anzeichen von Tuberculose gewöhnlich blass seien, dass die Krypten käsigen Detritus enthalten, der Rand des vorderen Gaumenbogens geröthet ist und die benachbarten Lymphdrüsen hart und geschwollen sind. Verf. setzt die Gründe auseinander, warum man sich nicht damit begnügen soll, die meist am Kieferwinkel sitzenden tuberculösen Lymphdrüsen zu entfernen, sondern auch die Tonsillen zu exstirpiren.

In allen hier mitgetheilten Fällen handelte es sich um nicht über die Gaumenbögen vorspringende Mandeln („Submerged tonsils"). Die Tonsillen in Fällen, wo die Drüsen als tuberculös angesehen wurden, erwiesen sich in 9 Fällen von 12 unter dem Mikroskop als tuberculös.

EMIL MAYER.

66) **Menier** (Figeac, Frankreich). **Ueber acute retropharyngeale Abscesse bei Kindern.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 39. 1910.*

M. beobachtete im Verlauf des letzten Winters auffällig oft, nämlich 5 mal, einen acuten Retropharyngealabscess bei Kindern. Er beschreibt kurz das bekannte Krankheitsbild und empfiehlt als einfachste Operationsmethode den Einschnitt mit dem Messer bei sitzender Stellung des Kindes.

Den Einschnitt von Anfang an 2—3 cm lang zu machen, halten wir wegen der Aspirationsgefahr für gewagt; vorsichtiger ist zunächst ein ganz kleiner Einschnitt oder vor der Incision Versuch der Aspiration mit Spritze. Referent sah bei 2jährigem heruntergekommenen Kinde bei kleiner Incision aber doch plötzlich reichlichem Eiteraustritt sofortige Erstickung eintreten; ein weiterer ganz analoger Fall wurde ihm durch einen hiesigen Collegen mitgetheilt. Bei der Section fanden sich Trachea und Lungen ohne eitrigen Inhalt. Der Einschnitt war in dem einen

Falle am hängenden Kopfe, bei dem anderen Kinde in sitzender Stellung des Patienten vorgenommen worden. OPPIKOFER.

d. Diphtherie und Croup.

67) **Lade** (Düsseldorf). **Ueber Diphtherie als Complication von Masern.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 53. 1910.*

Auf Grund seiner Untersuchungen hat Verf. den Eindruck gewonnen, dass „latente Diphtherie" unter dem Einfluss der Masernaffection zu einer „manifesten" werden kann. Die meisten Masernkranken, bei denen nach dem Vorhandensein von Diphtheriebacillen gesucht wurde, erwiesen sich nicht als Diphtheriebacillenträger, sondern es wiesen auch alle Masernkranke, bei welchen Diphtheriebacillen nachgewiesen wurden, auch eine lokalisirte oder allgemeinere diphtheritische Affection auf. SEIFERT.

68) **Wuttke. Klinische und bakteriologische Studie über 41 Diphtheriefälle. (A clinical and bacteriological study of 41 consecutivo cases of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 18. September 1909.*

Unter den 41 Fällen hatten 13 die charakteristischen Pseudomembranen; 21 wiesen niemals diese Membranen auf. EMIL MAYER

69) **J. D. Rolleston. Das Babinski'sche Zeichen bei Diphtherie. (Babinski's sign in diphtheria.)** *Review of Neurology and Psychtatry. Juli 1910.*

Die Untersuchungen wurden an 877 Fällen angestellt; in 172 (19,6 pCt.) fand sich das Babinski'sche Zeichen. Es fand sich nicht nur bei Kindern, sondern auch — freilich mit abnehmender Häufigkeit und Dauer — besonders nach dem 8. Lebensjahr bis in das erwachsene Alter. Es ist besonders ein Phänomen des acuten Stadiums. Der Umstand, dass es bei Diphtherie häufiger ist, als bei nicht diphtheritischer Angina verleiht ihm einen gewissen diagnostischen Werth. Es ist häufiger und persistenter in schweren, als in leichten Fällen, so dass sein Nachweis auch einen prognostischen Werth hat. Es beruht vielleicht auf einer transitorischen Störung im Pyramidensystem durch circulirende Toxine.

WATSON WILLIAMS.

70) **Gilletti. Ueble Folgezustände nach Diphtherieserum, besonders bei Asthmatikern. (Untoward results from diphtheria anti-toxin with special reference to its relation to asthma.)** *The therap. Gazette. 15. März 1909.*

Verf. warnt davor, Diphtherieserum anzuwenden bei Asthmatikern, Leuten, die an Heuschnupfen oder Coryza vasomotoria leiden, Neurasthenikern und Patienten, die angioneurotisches Oedem bekommen. EMIL MAYER.

71) **J. Gibb Wishart. Hartnäckige Kehlkopfstenose nach Diphtherie. Bericht über zwei Fälle. (Obstinate stenosis of the larynx following diphtheria. Report of two cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juli 1910.*

Die Tube wurde im ersten Fall erst nach 231 Tagen entfernt, ohne dass ein

befriedigendes Resultat erzielt war; im zweiten Fall starb das Kind nach 11 Monate langer Behandlung, als gerade eine Besserung einzutreten schien.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Die Appendix ventriculi Morgagni (Tonsilla laryngis.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 447.*

Verf. giebt einen historischen Ueberblick und eigene histologische Untersuchungen. Er charakterisirt die Appendix ventriculi Morgagni als eine von dem Ventriculus Morgagni ausgehende, in adenoiden Charakter tragendes Bindegewebe hinein sich senkende, mit mehrschichtigem, flimmerndem Cylinderepithel ausgekleidete Tasche von verschiedener Länge und Gestalt, die ihrerseits mehr oder weniger starke Seitenarme von ebenfalls verschiedener Länge und Gestalt nach den verschiedensten Richtungen aussendet, die ebenfalls von adenoidem Gewebe umgeben sind. Das Epithel der Haupthöhle, sowie die von dieser ausgehenden Seitenarme zeigen stellenweise eine geringe, an anderen Stellen eine erheblichere Durchsetzung mit aus dem adenoiden Gewebe der Umgebung stammenden lymphatischen Elementen. In die Haupthöhle, sowie in die erwähnten Nebenhöhlen münden zahlreiche, von acinösen Drüsen der Umgebung des Organs herrührende Drüsenausführungsgänge.

In der Appendix haben wir somit eine von der Tiefe des Ventriculus Morgagni ausgehende Tonsille, der die Bezeichnung „Tonsilla laryngis" zuzusprechen ist, vor uns; diese hat die Aufgabe, eine Flüssigkeit zum Geschmeidigmachen der Stimmlippen abzusondern.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

73) **D. v. Navratil** (Budapest). **Anastomose des N. laryngeus superior mit dem R. descendens N. hypoglossi mitteist Nervennaht nach Foramitti.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1910.*

Eine vorläufige Mittheilung, in welcher der Verf. seine Prioritätsrechte wahren will, da bis jetzt „niemand auf diesen naheliegenden Gedanken gekommen ist". Er hat zu diesem Zwecke bei Hunden von $3^1/_2$ Monaten die Nervennaht gemacht. Ein Hund ist vor kurzer Zeit verendet und die histologische Untersuchung hat nachgewiesen, dass eine Vereinigung zwischen den Nervenenden stattgefunden hat. „An einzelnen Stellen waren auch neurofibrillenartige Gebilde sichtbar".

POLYAK.

74) **Massei** (Neapel). **Die Sensibilitätsstörungen des Larynx und die Anästhesie des Vestibulum bei der Recurrenslähmung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 43. 1910.*

In der gegen Iwanoff gerichteten Arbeit vertritt Verf. den Standpunkt, dass der Widerspruch zwischen Anhängern und Gegnern des Hustenreflexausfalles bei Compressionslähmung des Recurrens zu erklären ist durch das verschiedene Vorgehen bei der Prüfung der Sensibilität. Bei Anwendung geringer Reize (einfaches Kitzeln des Vestibulums) entsteht der Husten, bei stärkerem Reiz der Krampf. Bei

der Recurrenslähmung ist die Reflexsensibilität, d. h. die feinste Empfindlichkeit, abgestumpft, während die grössere allgemeine Sensibilität erhalten bleibt.

OPPIKOFER.

75) **d'Epine** (Genève). **Totanie der Hände und Füsse mit Laryngospasmus. (Tétanie des mains et des pieds avec spasme laryngé.)** *Revue méd. de la Suisse romande. 1910.*

Die Tracheotomie wurde an dem Kinde mit Erfolg für die ganze Krankheit durchgeführt. Eine Ursache derselben ist nicht aufzufinden gewesen.

JONQUIERE.

76) **D. Bryson Delavan. Aetiologie der Recurrenslähmungen peripheren Ursprungs. (The etiology of paralysis of the recurrent laryngeal nerves of peripheral origin.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal, 11. Mai 1908.

EMIL MAYER.

77) **Lemaitre** und **Simonin. Prognose der palato-laryngealen Lähmungen.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 3.*

Ebenso wie die Recurrensparalyse dreifacher Art sein kann, nämlich unheilbar und schwer, weil zum Tode führend, oder unheilbar, jedoch ohne Schädigung der Gesundheit und Jahre lang bestehend ohne Wechsel, oder gutartig, weil vollkommen heilbar, kann man den verschiedenen combinirten Recurrenslähmungen, die verschiedene Namen führen, wie Symptom von Avellis, Schmidt, Jackson, ebenfalls eine dreifache Prognose stellen. In der grossen Mehrzahl der Fälle haben diese combinirten Recurrenslähmungen schon wegen der Krankheit, der sie ihre Entstehung verdanken, eine üble Prognose. Doch kennt man 3 Fälle aus der französischen Literatur, die zur Ausheilung gekommen sind. Unsere Autoren fügen diesen Fällen noch zwei Fälle von Gaumen-Kehlkopflähmung hinzu, die ebenfalls unter antisyphilitischer Cur ausgeheilt sind. Man kann diese Fälle in Analogie bringen mit den vorübergehenden Augenmuskellähmungen, die im Prodromalstadium der Tabes etwas häufiger sind.

LAUTMANN.

78) **R. H. J. Browne. Ein Fall von tertiärer Syphilis tödtlich verlaufend durch plötzlichen Tod infolge Abducterlähmung. (A case of tertiary syphilis terminating in sudden death from abductor paralysis.)** *Lancet. 6. November 1909.*

Aus dem Bericht geht nicht deutlich hervor, ob es sich um eine wirkliche Lähmung der Stimmbänder handelte, denn bei der Autopsie fand sich eine Verengung der Trachea ungefähr 7 cm unterhalb des Larynx, wo eine ringförmige Strictur bestand.

WATSON WILLIAMS.

79) **George J. Ross. Kehlkopflähmung als Frühindication für Allgemeinerkrankungen. (Laryngeal paralysis as early indication of systemic disease.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Bericht über 3 Fälle:

1. 50jähr. Mann mit Recurrenslähmung; 6 Monate später deutliche Symptome von Tabes.

2. 40jähr. Mann mit einseitiger Abductorlähmung.

3. 37jähr. Mann mit doppelseitiger Abductorlähmung; in 4 Monaten typische Symptome von Ataxie.

EMIL MAYER.

80) **J. Shelton Horsley. Naht des N. recurrens nebst Bericht über einen Fall. (Suture of the recurrent laryngeal nerve with report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 22. Januar 1910.*

Bericht über einen Fall, in welchem der linke N. recurrens durch eine Schusswunde verletzt war; der Fall kam ca. 3 Monate nach der Verletzung in Behandlung. Die laryngoskopische Untersuchung ergab, dass sämmtliche vom linken Recurrens versorgten Muskeln gelähmt waren. Es wurde eine Incision längs des vorderen Randes des M. sternocleidomastoideus gemacht und der Nerv mit Leichtigkeit in der Rinne zwischen Trachea und Oesophagus aufgefunden. Die verletzte Partie des Nerven wurde excidirt mit Ausnahme einer dünnen Faser, die am hinteren Theil der Nervenscheide hielt. Die Nervenenden wurden mit einer feinen Catgutnaht vereinigt. Ueber den genähten Nerven wurde etwas Muskelgewebe gezogen. Die Wunde heilte per primam und Pat. wurde nach 9 Tagen entlassen, ohne dass eine Besserung seiner Stimme zu constatiren war. Die Besserung ging aber allmählich vor sich. Eine 2 Monate nach der Operation vorgenommene laryngoskopische Untersuchung zeigte eine Besserung und eine 15 Monate später vorgenommene eine vollständige Wiederherstellung.

EMIL MAYER.

81) **Morris Manger. Recurrenslähmung infolge Herzhypertrophie. (Recurrent laryngeal paralysis due to hypertrophied heart.)** *N. Y. Medical Record. 5. März 1910.*

Es handelte sich um einen 15jähr. Knaben, bei dem in den letzten 2 Jahren sich Anzeichen von Compensationsstörung bemerkbar gemacht hatten. Es handelte sich um eine colossale Herzvergrösserung mit doppeltem Aortengeräusch, Mitralgeräusch, accentuirtem zweiten Pulmonalton, Vergrösserung und Pulsation der Leber. Es bestand eine linksseitige Recurrenslähmung infolge Compression des Nerven zwischen Aorta und dem dilatirten linken Herzohr. Der Fall zeigt, wie leicht bei diesen Zuständen ein Aneurysma vorgetäuscht werden kann, besonders wenn eine Pulsation im zweiten und dritten Intercostalraum besteht, wie es hier der Fall war.

EMIL MAYER.

82) **Canalejo. Behandlung der Kehlkopfpapillome mittels directer Killian'scher Methode bei Kindern unter einem Jahr. (Tratamiento da los papilomas laryngeos por el metodo directo de Killian en los ninos menores de un ano.)** *Siglo Medico. 3. October 1909.*

Verf. verwirft die Thyreotomie und spricht sich zu Gunsten der Operation per vias naturales auf directem Wege aus.

TAPIA.

83) **Richard H. Johnston. Directe Laryngoskopie bei der Diagnose und Behandlung der Kehlkopfpapillome. (Direct Laryngoscopy in the diagnosis and treatment of papillomata of the larynx.)** *The Laryngoscope. November 1909.*

Verf. berichtet über zwei Fälle; er discutirt ausführlich darüber, welche Po-

sition für die directe Untersuchung der Kinder die beste sei: Extensions- oder Flexionsstellung und gelangt zu dem Ergebniss, dass die letztere für die Untersuchung des kindlichen Kehlkopfs bei weitem vorzuziehen sei. In zwei so untersuchten Fällen von Kehlkopfstenose konnte constatirt werden, dass die Erkrankung vorn sass und dass hinten Platz genug war, um kleine Intubationsrohre einzuführen.

EMIL MAYER.

84) **Don Mansfeld** (Libau). **Ueber Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes nebst Mittheilung eines Falles von Chondroma myxomatodes.** (Aus der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg i. Pr.). *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 508.*

Fortsetzung der bis zum Jahre 1899 reichenden Statistik Alexander's.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

85) **Walter C. Chappell. Frühdiagnose maligner Kehlkopfkrankheit. (Early diagnosis of malignant disease of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 16. October 1909.*

Die mitgetheilten Fälle sind instructiv und interessant. Verf. hält in zweifelhaften Fällen eventuell die probatorische Laryngotomie für gerechtfertigt. Ist der Patient über 55 Jahre alt, so räth Verf. nicht zur Radicaloperation, selbst wenn es sich um ein Frühstadium von Cancer exstrinsèque handelt. Die Totalexstirpation muss auf ganz bestimmte Fälle beschränkt bleiben; die partielle Laryngectomie leistet mehr für den Patienten.

LEFFERTS.

86) **George E. Brewer. Die operative Behandlung des Kehlkopfkrebses. (The operative treatment of cancer of the larynx.)** *Annals of Surgery. November 1909.*

Verf. verfügt über 11 Fälle von Totalexstirpation. Von diesen starben 5 an den Folgen der Operation; 6 genasen. Von diesen letzteren lebt einer noch 10 Jahre nach der Operation und ist gesund, einer nach 3 und einer nach $2^1/_2$ Jahren; einer starb kurze Zeit nach der Operation an Pneumonie, bei einem trat 3 Monate nachher ein Recidiv auf und einer wurde aus dem Auge verloren. In den letzten 4 Fällen der Serie wurde 10 Tage vor der Operation die Tracheotomie gemacht und diesem Verfahren schreibt Verf. den günstigen Verlauf dieser Fälle zu.

EMIL MAYER.

87) **Harmon Smith. Ein Fall von Kehlkopfcarcinom, seit 13 Jahren unter Beobachtung; schliessliche Laryngectomie. (A case of laryngeal carcinoma under observation for thirteen years. Ultimate laryngectomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Cfr. Verhandlungen der 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association Boston, Juni 1909.

EMIL MAYER.

88) **Pauchet** (Amiens). **Totale Laryngectomie. (Laryngoctomie totale.)** *Archives provinciales de Chirurgie. April 1910.*

Verf. schlägt vor, die Ausräumung der Drüsen 14 Tage vor der Operation zu machen. Er macht die vorhergehende Tracheotomie nur, wenn Erstickung droht.

Er betont, dass es wichtig sei, die Pharynxwand sorgfältig in zwei Etagen zu nähen, da sonst eine Fistel entsteht.

Seine Statistik umfasst 5 Fälle: 2 Sarkome ohne Recidive in 4 und 7 Jahren und 3 Carcinome, von denen 2 recidivirt sind. GONTIER de la ROCHE.

89) **J. Dollinger** (Budapest). **Totalexstirpation des carcinomatösen Kehlkopfes und Kehldeckels mit primärer Oesophagusnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 13. 1910.*

Die Operation wurde in localer Anaesthesie ausgeführt. Die Epiglottis war in eine kleinapfelgrosse Geschwulst umgewandelt, der Tumor endete vor dem Ringknorpel. Die Wunde der Speiseröhre wurde sofort vernäht. Verf. ist nicht für die Anwendung eines Dauerschlauches in der Speiseröhre, da derselbe Decubitus verursachen kann. POLYAK.

90) **Ed. Aronsohn** (Ems-Nizza). **Günstige Beeinflussung eines Kehlkopfkrebses durch Anwendung von Antimeristem.** *Zeitschrift f. Krebsforschung. Bd. 9. Heft 2.*

74jähriger Patient, dessen Carcinom von Burger und 2 anderen Specialärzten im Haag festgestellt war, bei dem die partielle Exstirpation wegen zu hohen Alters vom Hausarzt verweigert worden war, wurde zunächst „ut aliquid fiat" mit Injectionen von Schmidt's Serum Antimeristem behandelt. Zunächst Zunahme der Secretion, sodass A. schon daran dachte, die Behandlung aufzugeben. Nach weiteren Injectionen jedoch Schwinden der Secretion, der vorher vorhandenen Schluckbeschwerden und Verbesserung des Allgemeinbefindens, wesentliche Besserung auch des laryngoskopischen Befundes. Die rechte Larynxhälfte war zunächst nur eine rothe Geschwulstmasse, erst in der dritten oder vierten Behandlungswoche war die Abschwellung soweit zurückgegangen, dass auch der mediale Rand des rechten Stimmbandes sichtbar wurde. Nach der 5. Woche blieb nur das rechte Arytaenoidalgelenk unbeweglich, das linke Stimmband ging über die Mittellinie hinaus, um sich an das rechte, nunmehr ganz frei liegende Stimmband anzulegen. Patient verliess Ems „glücklich über seine wiedererlangte Gesundheit".

Aus dieser Erfahrung und aus den Schmidt'schen Mittheilungen schliesst A., dass das Antimeristem unter Innehaltung aller Cautelen und bei längerer Anwendung in vielen Fällen von krebsartigen Wucherungen und Recidiven ausgezeichnete Dienste leisten kann. SALZBURG.

f. Schilddrüse.

91) **Michalowicz. Die Glandulae parathyreoideae. (Gineroly przytarczowe.)** *Nowiny Lekarskie. No. 6. 1910.*

Ein Sammelreferat, in dem der Ref. den jetzigen Standpunkt der in Betracht kommenden Frage ausführlich auseinandersetzt. A. v. SOKOLOWSKI.

92) **H. John King. Der Einfluss der Schilddrüse auf den Kohlenhydratstoffwechsel. (The influence of the thyroid on carbo-hydrate-metabolism.)** *The Journal of Experimental medicine. September 1909.*

1. Die Schilddrüse übt eine retardirende Wirkung auf den Kohlehydrat zerstörenden Mechanismus des Körpers.

2. Die retardirende Wirkung ändert sich nicht, wenn die Drüse gereizt wird, ein Zeichen, dass es sich nicht um eine Fermentwirkung handelt.

3. Jodothyrin, das active Princip der Drüse, übt diese retardirende Wirkung in ausgesprochenerer Weise aus, als die ganze Schilddrüse. EMIL MAYER.

93) **Frank P. Underhill** und **Waren W. Helditsch. Ueber Kohlehydratstoffwechsel in Beziehung zur völligen Entfernung der Schilddrüse und eines Theils der Parathyroiddrüsen. (Certain aspects of carbohydrate metabolism in reference to the complete removal of tho thyroids and partial parathyreidectomy.)** *The American Journal of Physiology. 1. October 1909.*

Wenn Thyreodectomie und partielle Parathyroidectomie bei Hunden gemacht wird, so ist das Verbleiben von mindestens zwei intacten Parathyroiddrüsen nothwendig, um Leben und Gesundheit zu erhalten. Entgegen den bei der Thyreoparathyreodectomie erzielten Resultaten hat obiger Eingriff keine Herabminderung der subcutan einverleibten Dextrose zur Folge. EMIL MAYER.

94) **Ralph H. Major. Studien über das Gefässsystem der Schilddrüse. (Studies of the vascular system of the thyroid gland.)** *The American Journal of Anatomy. September 1909.*

Es ist interessant, dass die Schilddrüse mit ihren Follikelarterien und -Venen gewissermaassen Aehnlichkeit hat mit der Niere und deren Glomeruli und Vasa efferentia und afferentia. EMIL MAYER.

95) **George F. Suker. Morbus Basedow. (Exophthalmic goiter.)** *Monthly Cyclopedia and Medical Bulletin. September 1909.*

Verf. beschreibt ein neues Symptom: Während der Augapfel nach unten rotirt und das untere Lid sanft fixirt wird, fordert man den Patienten auf, den Augapfel schnell nach oben zu rotiren, wobei das untere Lid sanft zurückgehalten wird; der Augapfel steigt nun ruckweise, sehr ähnlich so, wie es das obere Lid bei dem Graefe'schen Zeichen thut. Es ist besonders ausgesprochen beim Exophthalmus, ist aber genau so variabel, wie alle andern Symptome. EMIL MAYER.

96) **A. Ochsner. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Wenn die Fälle so weit vorgeschritten sind, dass die Function des Herzmuskels und des Nervensystems sehr in Mitleidenschaft gezogen ist, dann hat die chirurgische Behandlung wenig Erfolg mehr. LEFFERTS.

97) **Geo W. Crile. Postoperative Resultate bei Morbus Basedow und Tumoren. (Postoperative results in exophthalmic goiter and tumors.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Der Bericht des Verf.'s basirt auf einer Gesammtsumme von 278 Schilddrüsenoperationen. Er hat 15mal maligne Tumoren operirt, die alle — entweder an den Folgen der Operation oder an Recidiven — starben.

Seine Beobachtungen über 72 operirte Basedowfälle überzeugen ihn von der Unmöglichkeit, eine statistische tabellarische Uebersicht zu geben, aus der die klinischen Resultate klar hervorgehen. Je länger die Erkrankung bestand, desto

grösser sind die organischen Veränderungen und desto langsamer vollzieht sich infolge dessen die Reconvalescenz; haben die Organveränderungen einen gewissen Grad erreicht, so steigert sich das Risiko der Operation, ja diese wird unmöglich.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

98) **Henry H. Janeway** und **Nathan W. Green. Experimentelle intrathoracale Speiseröhrenchirurgie. (Experimental intrathoracic oesophageal surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1909.*

Verff. haben an 69 Hunden unter Chloroform- und Aethernarkose operirt, und zwar haben sie die Gastrooesophagealanastomose ohne und mit Resection eines Theils von Oesophagus und Magen ausgeführt. Die Technik der Operationen wird ausführlich beschrieben. Verff. kommen zu dem Schluss, dass ihre Experimente darthun, dass Geschwindigkeit, absolute Asepsis und sorgfältiges Bestreben, das Trauma möglichst gering zu gestalten, für den Erfolg der intrathoracalen Chirurgie massgebend sind. Um diesen Bedingungen zu genügen, haben Verff. es zweckmässig gefunden, für die Anastomose einen Knopf zu verwenden; die damit erzielten Resultate waren besser als bei der Naht.

LEFFERTS.

99) **Norman Philip Geis. Spastische Strictur der Speiseröhre. (Spasmodic strictura of the esophagus.)** *Archives of Pediatrics. October 1909.*

Es handelt sich um einen ein einjähriges Kind betreffenden Fall; nach Fütterung mit Bismuth. subcarbon. wurde eine Röntgenaufnahme gemacht; die Platten ergaben das Vorhandensein der Strictur. Das Kind genas unter kleinen Dosen von Codein und später von Belladonna.

EMIL MAYER.

100) **George W. Rose. Fall von traumatischer Speiseröhrenstrictur bei einem 2 Jahre alten Kind. (Case of traumatic oesophageal stracture in a two year old child.)** *Albany Medical Annals. Januar 1910.*

Es handelte sich um eine Laugenverätzung; Heilung durch allmähliche Dilatation mittels Bougies.

EMIL MAYER.

101) **Galvin. Ueber die Aetiologie und Behandlung des Speiseröhrenkrebses. (Considérations sur l'étiologie et le traitement du cancer de l'oesophage.)** *Dissert. Lyon 1909.*

G. glaubt, dass bei der Aetiologie des Krebses die Sarkosporidien eine Rolle spielen.

OPPIKOFER.

102) **Kölliker** (Leipzig). **Skoliose und Spondylitis in ihrem Verhältniss zur Speiseröhre und zur Oesophagoskopie.** *Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie. Bd. XXV. 1910*

Bei Skoliose ist der Verlauf des Oesophagus meist ein geradliniger, bei spondylitischer Verkrümmung der Wirbelsäule kann die Speiseröhre entsprechend dem Gibbus abgeknickt sein, oder die hintere Wand wird divertikelartig ausgezogen. Durch Abscesse kann der Oesophagus seitlich verschoben werden.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XVI. Internationaler medicinischer Congress in Budapest 1909

vom 28. August bis 4. September.

XV. Section (Rhino-Laryngologie).

(Fortsetzung und Schluss.)*)

Sitzung V.

Hajek: Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.

Es muss vor allem zwischen acuten und chronischen Erkrankungen unterschieden werden. Die Grenze ist keine absolute, da schwere acute Erkrankungen mitunter radicale Eingriffe erfordern. Für die acuten Erkrankungen genügt in der Mehrzahl der Fälle: Bettruhe, Aspirinbehandlung, Kopflichtbad nach Brünings, das Cocainisiren der Ostiummündungen, positiver und negativer Luftdruck mittels des Politzer'schen Ballons, ferner das Sondermann'sche Saugverfahren. Die Behandlung der chronischen Empyeme wird für jede Nebenhöhle gesondert betrachtet. I. Kieferhöhle. Es kommen in Betracht: 1. Systematische Ausspülung vom Ostium maxillare und mittels der Probepunction durch den unteren und mittleren Nasengang. 2. Die Cowper'sche Operation durch die Zahnalveole bei Empyemen ausgesprochen dentalen Ursprungs. 3. Die modificirte Mikulicz'sche Operation in der Mehrzahl der chronischen, nicht schweren Kieferhöhlenempyeme. 4. Die Luc-Caldwell'sche Radicaloperation in ihren verschiedenen Modificationen bei schweren Kieferhöhlenempyemen. II. Stirnhöhle. Bei acuten Fällen zumeist nur Allgemeinbehandlung. Bei chronischen Fällen müssen Fälle mit vorhandener oder drohender Complication von solchen, wo keine Complication vorliegt, unterschieden werden. Für letztere Fälle ist die endonasale Behandlung zumeist genügend, für erstere kommen die Radicaloperationen in Betracht. Die endonasale Methode besteht in der hohen Resection der mittleren Muschel und Ausräumung der Hypertrophien und Polypen aus dem mittleren Nasengange. Die Radicaloperationen werden in ihrer Entwickelung von der einfachen Trepanation bis zur Radicaloperation Riedel's und der Killian'schen Methode dargestellt, ihre Indicationsstellung präcisirt und die operativen Todesfälle einer eingehenden Kritik unterzogen. III. Siebbeinlabyrinth. In acuten Fällen zumeist Allgemeinbehandlung genügend. In chronischen uncomplicirten Fällen zumeist die endonasale Behandlung mittels Schlinge, Haken und Curette angezeigt. In schweren Fällen ist die Radicaloperation angezeigt. Es kommen hierbei in Betracht: 1. Der Weg nach Resection des aufsteigenden Fortsatzes des Oberkiefers, als Theiloperation der Killian'schen Stirnhöhlenoperation. 2. Der Weg von der Kieferhöhle aus nach Jansen und Furet. Bei Erkrankung des grössten Theiles des knöchernen Rahmens ist die Ethmoidectomie nach Guisez angezeigt. IV. Keil-

*) Cfr. Centralblatt 1909. S. 546; 1910. S. 102. (Die Verhandlungen der Section sind vor einiger Zeit im Druck erschienen. Sie bilden für die Congresstheilnehmer ein schönes Andenken an die Budapester Tage und stellen eine werthvolle Bereicherung der laryngologischen Literatur dar. Nur schade, dass ihr Werth durch die geradezu massenhaften den Sinn entstellenden Druckfehler beeinträchtigt wird! Red.)

beinhöhle. Bei acuter Erkrankung genügt auch hier zumeist die Allgemeinbehandlung, nur selten ist die Resection des hinteren Endes der mittleren Muschel angezeigt. Bei chronischer Entzündung genügt in leichten Fällen die Ausspülung der Keilbeinhöhle mit nachfolgender Lapisinjection. Bei enger Oeffnung muss diese erweitert werden. In schweren Fällen ist des Autors endonasale Methode mit Entfernung des hinteren Siebbeinlabyrinthes und Entfernung des grössten Theiles der Vorderwand der Keilbeinhöhle angezeigt. Die äussere chirurgische Radicaloperation der Keilbeinhöhle kommt nur bei schweren, combinirten Keilbeinhöhlenempyemen in Betracht.

Onodi (Budapest): Ueber die intracraniellen und cerebralen Complicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.

O. bespricht auf Grund seiner Untersuchungen die einzelnen cerebralen Knochenwände der Nebenhöhlen, ihre Dicke und Stärke, ihr Verhältniss zur Schädelhöhle und zu den einzelnen Theilen des Gehirns und zu den einzelnen Gehirnnerven, ferner die Dehiscenzen dieser cerebralen Knochenwände, schliesslich die Verbindungen der Venenstämme und Venennetze zwischen Nebenhöhlen und Gehirnhäuten, welche die directe und indirecte Infection des Schädelinhaltes und die Entstehung der Sinusthrombosen erklären.

O. ergänzt die Gerber'sche Statistik der intracraniellen Complicationen bei Stirnhöhlenerkrankung noch durch 3 Fälle von Gehirnabscess und einen Fall von Meningitis serosa. Zu den von Gerber zusammengestellten 7 Fällen von operativ geheiltem Gehirnabscess fügt O. einen achten. Zu der Dreyfuss'schen Statistik der Siebbeincomplicationen fügt O. noch einen Fall von Gehirnabscess.

W. Freudenthal (New York): Endocraniale Complicationen nasalen Ursprungs.

F. bespricht die idiopathisch von der Nase aus entstehenden und die postoperativen Gehirncomplicationen und berichtet über Fälle eigener Beobachtung:

Fall I. Acutes Stirnhöhlenempyem; Eiterretention; Usur der hinteren Stirnhöhlenwand. Bei Eröffnung der sich in die Stirnhöhle vorwölbenden Dura reichliche Entleerung von Eiter. Exitus. (Bereits in Amerika publicirt.)

Fall II. Bei einer Sinusitis frontalis nach Influenza hatte sich ein extraduraler Abscess gebildet. Eröffnung desselben. In den nächsten Tagen Fieber, Kopfschmerz, Apathie. Wiedereröffnung der Wunde. Dura wölbt sich vor; Incision ergiebt Eiter. Heilung.

Fall III. Acutes Empyem des Sinus sphenoidalis. Uebergreifen auf die anderen Nebenhöhlen und Abscess des Schläfenlappens (und des Stirnlappens?).

Fall IV. Regionäre Metastase vom Sinus frontalis (und sphenoidalis?).

Ferner berichtet F. einen Fall, in dem Pat. nach Stirnhöhlenoperation an einer Meningitis zu Grunde ging, von der aber nicht ganz sicher ist, ob sie durch die Operation hervorgerufen wurde oder ob die Infection schon früher erfolgt war.

Fletcher Ingals (Chicago): Intranasale Drainage der Stirnhöhle.

I. beschreibt seine bereits an anderen Stellen publicirte Methode der endonasalen Eröffnung der Stirnhöhle. Er hält auf Grund seiner Erfahrungen an über

30 Fällen die Methode sicherer, als alle anderen Operationen; sie sei in 95 pCt. aller Fälle anwendbar und 95 pCt. der operirten Fälle werden im Zeitraum von 2 Wochen bis 6 Monaten geheilt.

Weil (Wien): Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

Demonstrirt einen Mann, der vor 16 Monaten unter heftigen Stirnhöhlenerscheinungen erkrankte und der nach Resection der mittleren Muschel lernte, sich die Stirnhöhle selbst auszuspülen und sich seitdem wohl befindet.

Discussion:

Paunz (Budapest) sah zweimal cerebrale Complicationen, einmal bei Siebbeinzelleneiterung, einmal bei Kieferhöhlen-, Siebbeinhöhlen- und Stirnhöhleneiterung. In beiden Fällen trat trotz Operation infolge Hirnabscesses des Frontallappens und Meningitis der Tod ein.

Joachim (New Orleans) berichtet über einen Fall von metastatischem Hirnabscess bei Stirnhöhlenempyem; der Abscess war von der Stirnhöhle 4—5 cm entfernt und es bestand keinerlei sichtbare Communication zwischen ihnen.

Tóvölgyi (Budapest) hat in einem Fall von Stirnhöhlenempyem, wo bereits cerebrale Complicationen bestanden, durch conservative Behandlung — Amputation beider mittlerer Muscheln — noch Heilung erzielt.

Jansen (Berlin): 1. Die endonasalen Operationsmethoden sollen in den dafür geeigneten Fällen angewandt und ausgebaut werden. 2. Soll man nicht bei jedem Eitertropfen im Infundibulum das Gespenst der Meningitis sehen. Anderer Ansicht bin ich dagegen in folgenden Punkten: 1. Ich vermisse unter den Kieferhöhlenoperationen die Anführung der Eröffnung vom Introitus narium, die ich für eine sehr gute Methode halte. Ich habe ca. 150 Operationen ausgeführt nach dieser Methode. Nicht einverstanden bin ich mit den Formeln der Indication bei den chronischen Eiterungen. Ich fasse sie schärfer. Es giebt anerkannte Indicationen, z. B. sobald eine Retention besteht oder schwere Eiterungen überhaupt, und es ist nicht zu warten, bis orbitale oder cerebrale Complicationen ausgebrochen sind oder drohen. Ferner bei schwerem Asthma im Gefolge von Stirnhöhleneiterungen. Hajek stellt ein neues Krankheitsbild auf, die postoperative Meningitis. Wir können bei Stirnhöhlenoperation die Meningitis sicher vermeiden, jedenfalls viel sicherer als bei endonasalen Eingriffen.

Ferner lege ich Werth darauf zu betonen, das Siebbein vollständig zu entfernen. Ich möchte noch betonen, dass ich seit 15 Jahren das Verfahren ausgebildet habe, von einer Oeffnung aus sämmtliche Nebenhöhlen zu eröffnen; am bekanntesten ist meine Methode von der Kieferhöhle aus.

In den 20 Jahren meiner operativen Thätigkeit habe ich 900 Stirnhöhlenoperationen ausgeführt.

Láng (Budapest): Von drei Fällen von Sinusitis frontalis abscendens starb einer unter schweren Cerebralerscheinungen, zwei wurden durch Radicaloperation geheilt.

Réthi (Wien) war mit den Erfolgen der Luc-Caldwell'schen Operation nicht zufrieden; er verfügt über eine Reihe von Fällen, in denen die weiterbestehende

Eiterung nach Anlegung einer grossen über dem unteren und mittleren Nasengang angelegten Oeffnung, wie sie von ihm angegeben wurde, definitiv geheilt wurden.

In Bezug auf die Stirnhöhlen geht R. — abgesehen von drohenden Complicationen — conservativ vor.

Uchermann (Christiania) erklärt sich im Ganzen mit Hajek einverstanden, vielleicht sei er noch conservativer als dieser.

Dundas Grant (London) empfiehlt Bougies von verschiedener Stärke, die wie die Hartmann'schen Canülen für den Ductus nasofrontalis gekrümmt sind und nach vorhergehender Entfernung eventueller Polypen, Granulationen etc. angewendet werden. Kopfschmerzen werden oft sofort beseitigt, besonders wenn der Patient einen negativen „Valsalva" macht; unter günstigen Umständen kann sich der Patient auch selbst die Stirnhöhle ausspülen.

Als beste Radicaloperation betrachtet G. die Killian'sche; während er bis dahin keinerlei fatale Complicationen danach beobachtet hatte, brachte ihm das letzte Jahr deren zwei. In beiden Fällen trat der Tod infolge Meningitis ein, und zwar geschah die Infection in dem einen durch die Venen, in dem anderen durch die Lymphwege.

Finder (Berlin) schliesst sich der Empfehlung der Sturmann'schen Operation an, die ihm in einigen Fällen gute Resultate gegeben hat und eine glückliche Combination zwischen dem sehr eingreifenden Denker'schen Verfahren und der Eröffnung vom unteren Nasengang aus darstellt. Er warnt vor allen Methoden, die das Tragen einer Prothese nothwendig machen; er hat zahlreiche von anderer Seite operirte Fälle gesehen, wo die Eiterung erst sistirte, als er die Prothese fortnehmen liess.

Marschick (Wien) berichtet über zwei Hirnabscesse aus der Klinik Chiari's, deren einer mit Meningitis, nach Killian'scher Operation; nach Aussage der pathologischen Anatomen bestanden beide schon früher, sind also nicht der Operation zur Last zu legen. Ferner wurden auf der Chiari'schen Klinik 6 Fälle von Defect der hinteren Stirnhöhlenwand beobachtet.

Onodi (Budapest): Es ist zu wünschen, wie es Hajek mit seinen zwei veröffentlichten Fällen gethan hat, dass jeder College die Fälle von postoperativer Meningitis veröffentliche. In der heutigen Debatte kam es zum richtigen Ausdruck, und dies will er auch betonen, dass das Hauptgewicht auf die reelle Indicationsstellung gelegt werde. Gleichzeitig betont er, dass jeder gegebene Fall, welcher zur Section gelangt, genau pathologisch untersucht werde, damit die Lehre der Pathogenese der intracraniellen und cerebralen Complication endlich aufgebaut werden könne.

Killian (Freiburg): Durch die Allgemeinbehandlung mit schmerzstillenden und secretverflüssigenden Medicamenten, Schwitzproceduren (Brünings'sches Kopflichtbad), locale Application Abschwellung bedingender Substanzen, Ausspülungen, Absaugen, lässt sich viel erreichen. Auch die Fälle mit äusseren Schwellungen, drohender Abscedirung und selbst leichteren cerebralen Symptomen sind manchmal solcher Therapie noch zugänglich.

Auch die hartnäckigen und verschleppten acuten Fälle sind nach denselben

Grundsätzen zu behandeln. Manchmal sind intranasale Eingriffe, Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel, submucöse Septumresection bei verengter Nase, Anbohrung des Antrum maxillare vom Munde aus, Resection des Processus uncinatus, Eröffnung von Siebbeinzellen nothwendig.

Schwerer ist es, einen chronischen Fall dauernd zu heilen. Hier gilt es vor allem eine genaue, sich auf alle Höhlen beider Seiten sich erstreckende Untersuchung vorzunehmen mit Einschluss der radiographischen. Zugleich ist der allgemeine Körperzustand des Patienten zu prüfen und anderweitigen Erkrankungen Rechnung zu tragen.

Rein conservativ oder mit Zuhülfenahme der intranasalen und kleinen extranasalen operativen Eingriffe wird man vorgehen, wenn noch keine oder noch keine genügende Behandlung stattgefunden hat, sofern nicht besondere Umstände das von vornherein als aussichtslos oder unzureichend erscheinen lassen (Fieber, Schmerz, Schwellung, Abscedirung, Fistelbildung, intracranielle und allgemeine Complicationen). Auf solche Weise wird eine beschränkte Anzahl von Fällen dauernd geheilt. Bei den Erkrankungen der Kieferhöhlen ist diese Zahl grösser, als bei denen anderer Nebenhöhlen und insbesondere des Sinus frontalis. Oft erzielen wir nur Besserung. Andere werden nicht wesentlich beeinflusst. Schliesslich giebt es auch solche, die eine locale oder allgemeine Verschlechterung erfahren.

Durch das ewige Spülen und Saugen auch bei Selbstbehandlung, durch gehäufte, selbst kleine und kleinste intranasale Proceduren und operative Eingriffe werden die Patienten nervös.

Die conservative Behandlung hat also ihre Grenzen.

Behält der Patient seine Beschwerden, so werden wir nach und nach zu einem energischeren Vorgehen geradezu gedrängt. Handelt es sich hauptsächlich um secretorische Störungen, so können uns Bedenken vor einem radicalen Eingriff aufsteigen. Dieser Bedenken werden die schwachmüthig veranlagten Specialisten nicht Herr. Sie kommen zu keinem grossen Entschluss. Es wird immer weiter gesaugt und gespült, so lange der Patient Stand hält und die Angst vor einer vielleicht von anderer Seite angerathenen Operation seine Geduld stärkt.

Bei den Erwägungen über einen Fall, in dem hauptsächlich die Secretion aus den kranken Nebenhöhlen Beschwerden veranlasst, kommt es darauf an, ob die Absonderung eine gleichmässig oder periodische, mässige oder abundante, mehr schleimige oder mehr eitrige ist und welche Höhle oder Höhlen erkrankt sind.

Leichte Fälle dieser Art kann man ruhig sich selbst überlassen.

Macht die Affection dem Patienten mehr zu schaffen, so werden wir uns am leichtesten zu einer Radicaloperation entschliessen, wenn es sich um die Kieferhöhle handelt, sei es, dass sie allein erkrankt ist oder die wesentliche Rolle spielt. Eine solche Operation ist bei der heutigen Technik, in localer Anästhesie nach Caldwell-Luc ausgeführt, kein grosser und kein gefährlicher Eingriff. Bei mässig erkrankten Kieferhöhlen kann es auch genügen, eine breite Verbindung zwischen dem Antrum und der Haupthöhle der Nase anzulegen, um eine Ausheilung herbeizuführen. Aehnlich verhält sich die Keilbeinhöhle.

Kommen die Siebbeinzellen und die Stirnhöhle wesentlich in Betracht, so

wird der Arzt sich um so leichter zur Vornahme meiner Radicaloperation entschliessen, je besser er die Methode beherrscht und je mehr er damit erreicht hat. Unübersehbar ist schon die Zahl der mit meiner Methode allerwärts erzielten Heilungen. Was wollen dagegen die wenigen Unglücksfälle bedeuten, welche durch die Operation herbeigeführt wurden?

Am leichtesten lassen sich die üblen Ausgänge durch Kunstfehler bei der Operation vermeiden. Aus dem Buch allein kann man meine Methode kaum lernen. Man muss seine anatomischen Vorstudien an möglichst vielen Präparaten machen, an der Leiche operiren und unter erfahrener Leitung am Lebenden beginnen.

In einer ganzen Reihe von Todesfällen waren schon vor der Operation intracranielle Processe im Gang und machten keine oder nur geringe, nicht genügend beachtete Erscheinungen. Hoffentlich lernen wir es hier, sobald die bedenkliche Situation klar wird, rasch und kühn eingreifen.

Es bleibt eine Anzahl Todesfälle zu Recht bestehen, welche zweifelsohne durch die tadellos ausgeführte Operation selber herbeigeführt wurden. Hier müssen uns die Verfeinerung unserer klinischen Beobachtung und Erfahrung und genaue Sectionen weiter helfen. Man operire nicht, wenn zu einer chronischen Affection eine acute hinzukam; man operire nicht, wenn man durch intranasale Eingriffe einen acuten Reizzustand herbeigeführt hat. Muss es dennoch sein, so unterlasse man unter allen Umständen die primäre Hautnaht. Diese ist überhaupt auf Fälle mit einfacher schleimiger Secretion oder leichtere Eiterungen zu beschränken. Durch die Secundärnaht vermeiden wir Erysipele und Osteomyelitis.

Man tamponire die Wunde nur leicht und entferne die Tampons unter Spülungen mit leichten H_2O_2-Lösungen, wenn möglich schon am nächsten Tage, um Secretstauungen zu verhindern.

Kranke Kieferhöhlen, besonders solche mit starken eitrigen Secretionen sind genügende Zeit vorher oder in derselben Sitzung vor der Stirnhöhle radical zu operiren.

Vor allem hüte man sich davor, von demjenigen Theil der mittleren Muschel etwas fortzunehmen, an dem sich die Olfactoriusäste verbreiten, denn diese sind von Lymphherden umgeben, die mit dem Subarachnoidalraum direct communiciren. Gelangen pathogene Keime in diese Lymphherde, so ist die rasch tödtende Meningitis so viel wie sicher.

Bei Patienten, die gleichzeitig an anderen Krankheiten bedenklicher Art, an chronischer Nephritis, an Diabetes leiden, wird man, wenn möglich, ohne Operation auszukommen suchen. Bei dauernden postoperativen Neuralgien entfernt man den Nervus supraorbitalis. Neurasthenische Beschwerden erfordern noch eine längere Allgemeinbehandlung.

Bourack (Charkow) ist im Allgemeinen Anhänger des conservativen Verfahrens. Bei Fällen, die durch die Alveole eröffnet sind und nicht heilen, legt er eine breite Oeffnung in der antralen Nasenwand des unteren und mittleren Nasenganges an und curettirt mit biegsamen Curetten nicht nur durch die nasale, sondern auch durch die alveoläre Oeffnung.

Sitzung VI.

Schrötter (Wien): Zur Bekämpfung und Ausbreitung des Skleroms.

S. bespricht die Pathogenese der Krankheit. Was die Möglichkeit der Ansteckung betrifft, so hat er in letzter Zeit einen Fall beobachtet, wo an einer solchen kaum zu zweifeln ist. Was die Behandlung betrifft, so weist S. der Drucktherapie bezw. dem Dilationsverfahren die erste Stelle zu.

Zur Beseitigung florirender Krankheitsproducte hat sich die Radiotherapie, namentlich die Röntgenbestrahlung bewährt. Im Anschlusse hieran demonstrirt Referent einen Apparat zur Lichtbehandlung des Kehlkopfes: Einführung von Glas- oder Quarztuben, welche das kurzwellige Licht nach dem Principe des leuchtenden Glasstabes in den Larynx hinableiten.

Ausser der Therapie im engeren Sinne ist auf die sociale und individuelle Prophylaxe Nachdruck zu legen. Zur Durchführung dieser erscheinen die Anzeigepflicht, Evidenzhaltung der Fälle, mit zeitweiser Controle ihrer Familien- und Wohnungsgenossen, die amtliche Bereisung der Skleromherde durch entsprechend geschulte Aerzte geboten. Es erscheint geboten, Skleromkranke thunlichst von dem Contact mit anderen Wohnungsgenossen auszuschliessen. Dagegen ist es nicht nothwendig, die Kranken nach Art der Leprösen zu isoliren. Die Regierungen der am meisten betroffenen Staaten: Oesterreich-Ungarn, Russland, Deutschland und Italien sind neuerdings aufzufordern, die angedeuteten Maassnahmen ex officio durchführen zu lassen und das wissenschaftliche Studium des Skleroms zu fördern.

Irsai (Budapest): Ueber die Verbreitung des Skleroms in Ungarn.

Ich pflichte jenen Autoren bei, die die obligatorische Anmeldung und eventuelle Isolirung der Skleromfälle für nöthig erachten. Ich erlaube mir Ihnen eine Kartenskizze vorzuzeigen, woraus ersichtlich ist, dass wir hier in Ungarn ein Skleromgebiet haben, welches leider viel ausgedehnter ist, als es vor Jahren die Skizze Róna's zeigte.

Wir begrüssen mit Freuden die Versuche der Herren Goldzieher und Neuber, welche am hiesigen pathologisch-anatomischen Institute des Herrn Prof. Pertik bei skleromverdächtigen und skleromatösen Individuen angestellt wurden.

Mit Hülfe des Complement-Fixationsversuches lassen sich im Serum Skleromkranker Antikörper nachweisen. Es geschieht dies am zweckmässigsten bei Befolgung einer Technik, die mit derjenigen der Wassermann'schen Syphilisreaction vollkommen übereinstimmt.

Die Reaction ist eine feine und specifische, indem das Serum des Skleromkranken nicht reagirt, wenn, statt des Sklerombacillusextracte, Extracte verwandter Bakterien, namentlich des Bac. Friedländer verwendet werden.

Die Reaction war in den bisher untersuchten Fällen von Sklerom stets positiv. Eine Ausnahme bildeten zwei Fälle, die lange unter Röntgenbehandlung standen. Der eine von diesen beiden hatte vor der Behandlung überdies positiv reagirt.

Neumann (Wien): Beiträge zur Klinik des Skleroms.

An der Hand der Beobachtungen an der Klinik Chiari's wird kurz das Sklerom besprochen.

Es folgt kurz eine Besprechung der Therapie, wie sie an der Klinik Chiari's bei Sklerom geübt wird.

Discussion:

Mayer (New York) hat 16 Fälle von Sklerom in Amerika gesammelt, von denen die meisten an seiner Klinik zur Beobachtung kamen. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen hat sich ihm sehr erfolgreich bewiesen.

Lubliner (Warschau): Ich verfüge über ein Material von über 30 Skleromfällen. Den einzigen Fall, den ich ohne irgend welche Behandlung heilen gesehen habe, war der von mir beschriebene Fall von Rhinosklerom und Typhus exanthematicus, in welchem bei einem Patienten das Sklerom nach überstandenem Typhus exanthem. vollständig schwand. Was die Prophylaxis anbetrifft, so möchte ich Folgendes erwähnen: Ich habe nie einen Fall beobachtet, welcher aus derselben Familie stammte, wo schon andere Fälle vorgekommen sind.

Baumgarten (Budapest) verwendet bei der Behandlung im Kehlkopfe O'Dwyer'sche Tuben, unterrichtet aber gleichzeitig die Patienten, das Schrötter'sche Rohr selbst einzuführen.

Kahler (Wien): Zur Pathologie und Klinik der gutartigen Kieferhöhlentumoren.

Im Anschluss an zwei beobachtete Fälle von Fibromen der Kieferhöhle wird die Pathologie und Klinik dieser Erkrankung besprochen; in dem ersten Falle handelte es sich um ein periostales Fibrom, in dem zweiten liess sich die Entstehung wegen des vorgeschrittenen Stadiums nicht entscheiden. Ausserdem wird über einen Fall von partieller Hyperostose des Oberkiefers berichtet; der histologische Befund spricht nicht wie der Fall Bockenheim's für die Zugehörigkeit dieses Processes zur Ostitis fibrosa.

Marschick (Wien): Ueber Kehlkopfkrebs im jugendlichen Alter.

An der Klinik Chiari's in Wien wurden zwei Fälle beobachtet: 1. 25jähriger Mann, Tumor der rechten Kehlkopfhälfte, vom Proc. vocalis ausgehend. Halbseitige Exstirpation, infolge von Phlegmone und Mediastinitis letal endigend. 2. 16jähriges Mädchen. Tumor des rechten Stimmbandes. Laryngofissur, Entfernung von Stimmlippe und Taschenfalte. Heilung.

Schrötter (Wien): Mikroskopische Präparate.

Die Mittheilung betrifft den Befund einer isolirten Höhle in der Medulla oblongata, entsprechend dem Vaguskerne, bei einem 36jährigen Manne, welcher klinisch an Tuberculose litt und Symptome der Syringomyelie zeigte.

Neben Parese der Beine, theilweiser Herabsetzung der Muskelkraft, dissociirter Empfindungslähmung u. a. bestanden Schlingbeschwerden und Stimmlosigkeit. Die klinische Untersuchung ergab Parese der linken Gaumenhälfte, vollständige Lähmung des linken Stimmbandes mit zuckenden Bewegungen des gleichseitigen Aryknorpels. Hypästhesie der Rachenschleimhaut, verminderte Empfind-

lichkeit der Schleimhaut des Kehlkopfeinganges, im Besonderen aber ausgesprochene auch thermische Anästhesie der linken Kehlkopfhälfte, bezw. dieses Stimmbandes. Dementsprechend fehlende Reflexe.

Der interessante Befund erklärt die im Leben am Kehlkopfe beobachteten Erscheinungen, indem er sowohl den Ausfall der motorischen Function, als die beobachtete auffallende Anästhesie verständlich macht. Bemerkenswerth ist, dass seitens des Glossopharyngeus keine Symptome (Geschmacksverlust) bestanden.

Sitzung VII.

Schrötter beantragt, ein permanentes internationales Comité zu wählen, das sich mit der Frage des Skleroms vom epidemiologischen und socialhygienischen Standpunkt aus beschäftigen und den folgenden Congressen über den Stand der Frage berichten soll. Der Antrag wird angenommen und Vertreter Oesterreichs, Deutschlands, Italiens, Russlands, Ungarns, Frankreichs, der Schweiz und Amerikas in das Comité gewählt.

Castex (Paris): Operative Behandlung der malignen Rachentumoren.

Beschreibung der für maligne Tumoren des Gaumensegels, der Mandeln, des Rachens in Betracht kommenden Operationsverfahren. C. kommt zu dem Schluss, dass die ausgedehnten Operationen voller Gefahren sind, von denen man am meisten den Operationsshock, die Blutungen und die Pneumonie zu fürchten hat.

Moure (Bordeaux): Die operative Behandlung der malignen Nasentumoren.

Man muss unterscheiden zwischen: 1. den Tumoren, deren Sitz das vordere Drittel der Nasenschleimhaut (Septum, Nasenboden, untere oder mittlere Muschel) und 2. denjenigen, die in den oberen Theilen der Nasenhöhle sitzen und sich auf die Nebenhöhlen ausdehnen. Bei der ersten Gruppe kann die Entfernung per vias naturales geschehen. Was die zweite Gruppe anbetrifft, so genügt für die Fälle, wo der Tumor sich auf das Siebbein beschränkt, der maxillo-nasale Weg, wie ihn M. zur Siebbeinentfernung angegeben hat. Sitzen die Tumoren in der Tiefe der Nasenhöhlen oder gehen sie vom Keilbein aus oder haben dieses ergriffen, so empfiehlt sich der von M. vor einigen Jahren angegebene transmaxillo-nasale Weg. Geht der Tumor von der Kieferhöhle aus, so ist die mehr oder minder atypische Oberkieferresection unvermeidlich.

Discussion:

Denker (Erlangen): Für die Operation der malignen Tumoren der Nase habe ich vor einigen Jahren eine Operation empfohlen, welche submucös vom Munde ausgehend durch die Kieferhöhle hindurch das Ausbreitungs- und Ursprungsgebiet in der Nase und an der Schädelbasis freizulegen erlaubt. Ich möchte dies transmaxillare Verfahren auch für die im Nasenrachenraum entspringenden gutartigen (Fibrome) und bösartigen Tumoren empfehlen. Ich habe auf diesem Wege nicht nur Nasenrachenfibrome, sondern auch bei dem Kinde eines Collegen ein Fibrosarkom operirt, welches jetzt mehr als zwei Jahre recidivfrei geblieben ist.

Koschier (Wien): Ich wende auch denselben Hautschnitt an wie Moure für die Operation von malignen Tumoren der Nase und des Nasenrachens. Wenn nach Entfernung eines entsprechenden Stückes des Oberkiefers der Tumor eingestellt ist, dann führe ich ein starkes Drainrohr durch die Nase in den Nasenrachenraum und fasse mit demselben den Tumor an seiner Basis. Dadurch kann man die sonst sehr unangenehme Blutung aus dem Tumor während der Operation vermeiden. In Bezug auf die Resultate dieser Operationen möchte ich hervorheben, dass ich damit sehr schlechte Erfahrungen gemacht habe, die Recidive waren in kurzer Zeit unausbleiblich. Ganz anders die Prognose bei Angiofibromen. Entgegen der vielfach vertretenen Meinung möchte ich betonen, dass dieselben nie recidiviren, wenn sie wirklich radical entfernt worden sind. Die malignen Neubildungen des Rachens geben meiner Ansicht nach eine ganz schlechte Prognose.

Morelli (Budapest) erklärt, dass seiner Meinung nach die radicale Exstirpation der malignen Tumoren mit äusserlichem operativen Eingriff keine Sicherung giebt, da die Wunde allsogleich geschlossen werden muss und die Blutung so gross ist, dass man die Neubildung mit bestem Willen nicht vollständig entfernen kann. Wir müssen den Einblick für längere Zeit sichern, das kann man nur durch Resection des harten Gaumens. Sein angemeldeter Vortrag und vorzustellender Patient giebt dafür Beweis.

Jouty (Oran): Beziehungen zwischen dem Sitz der tuberculösen Kehlkopfaffectionen und denen der Lungenerkrankung.

Es besteht eine deutliche Correspondenz in Bezug auf die Einseitigkeit der tuberculösen Kehlkopfaffectionen und die Lungenerkrankung. J. hat nachgewiesen, dass die erkrankte Kehlkopfhälfte und Lunge derjenigen Körperhälfte entspricht, die sich gegenüber der anderen durch eine trophische Inferiorität kennzeichnet. Diese trophische Inferiorität kann, bevor die Kehlkopf- oder Lungenuntersuchung etwas ergeben hat, durch halbseitige neuro-musculäre Hyperästhesie der betreffenden Seite nachgewiesen werden. J. veranschaulicht seine Theorie an der Hand von Abbildungen.

Faracci (Palermo): Ueber die tuberculöse Natur einiger Nasenaffectionen.

F. hat bei 87 Patienten — 53 mit Ozaena, 34 mit chronischer Siebbeineiterung — die Ophthalmoreaction gemacht.. Angewandt wurde das Tuberculin Test. Von den 87 Patienten reagirten 47. F. kommt zu dem Schluss, dass entweder das Tuberculin Test nicht die ihm zugeschriebenen diagnostischen Eigenschaften habe oder dass es prätuberculöse oder paratuberculöse Affectionen gäbe, die darauf reagirten, ohne die histo-pathologischen und klinischen Eigenschaften der wirklichen Tuberculose zu haben.

Halász (Miskolcz): Beitrag zu den durch Sinus sphenoidalis-Tumoren hervorgerufenen Augensymptomen.

F. berichtet über einen einen 31jährigen Mann betreffenden Fall von Erblindung, verursacht durch Sarkom der Keilbeinhöhle.

Lautmann (Paris): Behandlung der Syphilis der Nase und des Kehlkopfs.

Zur Zerstörung des Primäraffects eignet sich am besten die heisse Luft. Auf die Plaques muqueuses hat die Allgemeinbehandlung oft keinen Einfluss; sie verschwinden manchmal, nachdem jene ausgesetzt wird. Für die Tertiärerscheinung ist das Jodkali die beste Behandlung. Quecksilber wird am besten durch Injectionen eingeführt. Zum Schluss erwähnt L. die oft unter dem Bilde eines Empyems verlaufende Syphilis des Oberkiefers, von der er einige Fälle beobachtet hat.

Dimitriadès (Athen): Ueber Inhalationen bei den Alten und photographische Demonstration eines Glasinhalators aus dem V. Jahrhundert n. Chr.

Fein (Wien): Die einfache Fensterresection bei Nasenscheidewandverbiegung.

F. empfiehlt an Stelle der technisch schwierigen, eine lange Operationsdauer erfordernden und oft unvollkommene Resultate gebenden submucösen Resection die Abtragung der vorstehenden Septumpartie sammt beiden Schleimhautblättern, d. h. die Anlegung einer grossen Perforationsöffnung an Stelle der Deviation.

Discussion:

Finder (Berlin) hält die Methode Fein's für einen Rückschritt; er macht darauf aufmerksam, welche Gefahren es habe, wenn man aus der technischen Schwierigkeit der submucösen Resection die Berechtigung herleite, eine grosse Perforation zu machen. Eine solche habe auch eine oft Jahre lang anhaftende lästige Borkenbildung im Gefolge.

Killian (Freiburg) hält ebenfalls die Fein'sche Methode für einen Rückschritt. Bei der nöthigen Uebung könne man auch in schweren Fällen die submucöse Resection in 20—30 Minuten ausführen. Er hat gesehen, dass anderwärts unabsichtlich angelegte grosse Perforationen nicht ohne dauernde üble Folgen für den Patienten blieben.

Réthi wirft die principielle Frage auf, ob man im jugendlichen Alter Deviationen operiren soll; er sah vier Kinder, bei denen der Nasenrücken eine Einsenkung zeigte. Es scheint, dass der Nasenrücken bei noch nicht abgeschlossenem Wachsthum dieser Stütze des Septums noch bedarf und es ist angezeigt, diese Operation bei Kindern, wenn nur irgend möglich, nicht vorzunehmen und den Zeitpunkt derselben auf ein späteres Alter zu verlegen.

Di Colo (Pisa): Die epithelialen Perlen im Gaumengewölbe und deren Beziehung zur Aetiologie der Tumoren dieser Region.

Redner lenkt die Aufmerksamkeit auf ectodermische Einschlüsse, die sich in der Regel entsprechend der Verlängerungslinien der Gaumenplatten finden und die er in Serienschnitten bei Embryonen studirt hat. Er nimmt an, dass diese Einschlüsse bei pathologischen Reizungen zur Bildung von Geschwülsten führen können.

Láng (Budapest): Einfache Radicaloperation der solitären Choanalpolypen.

Seitdem Killian im Gegensatz zu allen anderen Autoren die Choanalpolypen

als in den Nebenhöhlen entspringend erklärte, hatte ich in 6 Fällen ausser den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden auch mittelst durch die in die vordere Wand des Antrums gebohrte Oeffnung eingeführten und mit dem Endoskop verbundenen kurzen Röhrchen die Schleimhaut des Antrums untersucht und nur in einem Falle fand ich, dass der Stiel im Antrum unmittelbar über dem Ostium entsprang. In 3 Fällen entsprang der Choanalpolyp aus dem mittleren Nasengang, in einem Fall vom hinteren Ende der mittleren Muschel und in einem vom Nasengrund. Die Resultate besitzen einen entscheidenden Einfluss auf die Operationsmethode, die immer endonasal sein muss. Für diesen Zweck empfehle ich das sichelförmige Knopfmesser, welches ich gebrauche, mit dem die Ursprungsstelle des Stieles leicht zu erreichen und zu durchschneiden ist.

Killian (Freiburg): In meiner Arbeit „Ueber den Ursprung der Choanalpolypen“ (Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen, Heidelberg 1909) gab ich eine genaue Definition dieser eigenartigen polypösen Gebilde. Meine seitherige Erfahrung, welche sich auf mindestens 30 Fälle erstreckt, hat meine früheren Mittheilungen Punkt für Punkt bestätigt. Dazu kommt, dass ein argentinischer College und Kubo an der Leiche und am Lebenden den Ursprung der typischen Choanalpolypen im Antrum maxillare nach Eröffnung der Höhle thatsächlich mit aller Evidenz nachweisen konnten. Die abweichenden Angaben von Láng führe ich darauf zurück, dass man bei seiner Art der Untersuchung des Antrums nicht die ganze Höhle klar und frei übersehen kann. Vielleicht hat es sich auch in einigen Fällen um einfache Nasenpolypen gehandelt.

Was die Therapie angeht, so macht man selbstverständlich die Radicaloperation des Antrums nur, wenn der Choanalpolyp in lästiger Weise immerfort recidiviren sollte, oder wenn gleichzeitig eine andere, nicht zu beseitigende Kieferhöhleneiterung besteht. Den Polypen mit Häkchen am Ostium maxillare abzureissen, ist eine uralte Methode. Es ist viel besser, allerdings auch schwieriger, den Polypen mit einer weiten Schlinge zu angeln, die Schlinge (bei gleichzeitiger Verkleinerung) bis an's Ostium zu führen und dann zu reissen.

Morelli (Budapest): Radikaloperation der malignen Tumoren der Nase.

Präparat von einem 21 jähr. Manne. Das Myxosarkom ist so gross, dass die linke Seite des Gesichtes mit dem Jochbein herausgedrängt ist.

Sitzung VIII.

Citelli (Catania): Ueber adenoide Vegetationen.

C. bespricht die Pathogenese der adenoiden Vegetationen. Er glaubt nicht, dass die Tonsillen zu den Organen mit innerer Secretion gehören, dass aber speciell die Hyperplasie der Rachenmandel zunächst functionelle, dann aber auch anatomische Störungen an der pharyngealen und centralen Hypophysis hervorbringen könne. Er bespricht und classificirt dann die einzelnen Symptome der Rachenmandelhyperplasie. C. bedient sich zur Operation des Ringmessers von Delstanche; für die seitlich sitzenden Vegetationen und die bei Säuglingen hat er selbst ein ganz kleines Modell angegeben.

Rupprecht (Bremen): Die örtliche Anästhesie der Rachen- und Gaumenmandeln.

Die örtlichen Verhältnisse lassen bei den Gaumenmandeln ein Injectionsverfahren, bei den Rachenmandeln ein Bepinselungsverfahren als das zweckmässigste erscheinen. Zur Injectionsanästhesie kommt nur das Novocain, zur Bepinselungsanästhesie nur das Alypin in Frage. Cocain kann nicht das Gleiche leisten, weil man in der Dosis beschränkter sein würde. Bei der Gaumenmandel beginnt man mit oberflächlicher Injection einer 2proc. isotonischen Novocainsuprareninlösung am unteren Theil des vorderen Gaumenbogens und geht injicirend in die Tiefe. Dann wird die obere Gaumenbogencommissur und durch diese hindurch das Parenchym des oberen Mandelpoles infiltriert. Einige weitere tiefe Injectionen in das Parenchym beider Mandelpole folgen. Bei der Rachenmandel: 1proc. Cocainsuprareninspray, Säuberung der Nase und Einführung an dünne Sonden gewickelter, mit 10proc. Alypinsuprareninlösung getränkter Wattepinsel durch die Nase gegen den oberen Choanenrand und die Rachenmandel. Dann wird der Patient mit leicht hängendem Kopf gelagert und die Pinselung beiderseits zweimal erneut, ca. 8 bis 10 Minuten lang.

Erprobt wurden die Verfahren bei 355 Adenotomien und 196 Tonsillectomien.

Citelli (Catania): Die Rachenhypophyse beim Kinde, ihre Beziehungen zur Rachenmandel und zur centralen Hypophysis.

C. hat die Rachenhypophysis sehr häufig beim Kinde gefunden; ihre Länge variirt von 1—$3^1/_2$ mm. Sie hat häufig nachbarliche und circulatorische Beziehungen zur Rachenmandel und allein circulatorische Beziehungen zur centralen Hypophysis. C. hat bisher an 18 Kinderleichen Untersuchungen gemacht.

Citelli (Catania): Adenoide Vegetationen und Hypophysis.

C. hat bisher Folgendes festgestellt:

1. Die nachbarlichen und circulatorischen Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und Rachenhypophyse sind noch ausgedehnter, als bei normaler Rachentonsille.

2. Das Hypophysissystem (Rachenhypophysis und centrale Hypophysis) scheint bei adenoiden Vegetationen fast stets hypertrophirt zu sein.

Bourack (Charkoff): Die Complicationen nach Adeno- und Tonillotomien.

B. giebt eine Uebersicht über die nach diesen Operationen beobachteten Complicationen; er empfiehlt, sie nur in Kliniken und dergl. Orten, wo man vor Infectionen geschützt ist, zu machen und die Kranken 1—3 Tage lang daselbst im Bett zu halten.

Discussion:

Levi (Florenz) meint, dass die Rachenhypophyse eine grosse Bedeutung haben könne für die Genese der Akromegalie. Man sollte auch das Gewebe des Nasenrachens, in dem die Hypophysis enthalten ist, schonen.

Poppi (Bologna): Man könnte in den Fällen, wo die Beseitigung der ade-

noiden Vegetationen sehr häufig auf den Allgemeinzustand wirkt, ohne dass die Nasenathmung behindert war, an eine Beziehung zwischen der Hypophysis und der Rachenmandel durch Vermittlung anormaler Gefässcommunicationen durch den Canalis cranio-pharyngeus hindurch denken.

Fein (Wien) demonstrirt sein Adenotom.

Logan (Cansas City) hat mehr als 700 Patienten im Alter von 25 bis 59 Jahren an adenoiden Vegetationen operirt. Seine Erfahrungen in Bezug auf den Einfluss der Adenoiden auf das Recidiviren acuter Erkrankungen der oberen Luftwege und auf die Entstehung chronischer Schwerhörigkeit lassen es ihm nothwendig erscheinen, auch die kleinste Menge des adenoiden Gewebes zu entfernen.

Joachim (New Orleans) macht die Localanästhesie zur Adenoidenoperation, indem er 1 Theil gepulvertes Cocain auf 5 Theile Milchzucker zweimal mit einem Intervall von 4—5 Minuten einbläst, wie es schon Moritz Schmidt empfohlen hat.

Koschier (Wien) möchte die allgemeine Anästhesie bei Adeno- und Tonsillotomien vertheidigen. Es kommt darauf an, dass die Narkose richtig gemacht wird. Die Reflexe müssen erhalten bleiben, dann ist die Gefahr der Aspiration nicht vorhanden und man hat den Vortheil, genauer und sicherer zu operiren, wobei die Kinder doch den grossen Schmerz und den Chok vermeiden.

Gleitsmann (New-York) zieht die allgemeine Narkose der localen vor. Er narkotisirt mit Bromid-Aethyl.

Bourack (Charkoff): Gute Resultate erreicht man auch ohne Anästhesie, wir haben in Russland tausende solcher Fälle zu operiren und sehen im Allgemeinen von Narkose ab und ich finde keinen Grund, das Leben unserer Patienten zu riskiren.

Citelli (Catania) operirt mit Bromäthylnarkose und hat niemals irgendwelchen Misserfolg dabei gesehen.

Zwaardemaker (Utrecht) und Boumann (Amsterdam): Die experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkt.

Für die unmittelbare klinische Verwendung eignen sich:

1. Die Messung der Athemgrösse und Registrirung des Athemablaufes, wobei man entweder die Muskelbewegungen oder die Luftgeschwindigkeit aufschreiben kann.

2. Die articulatorische Registrirung nach den verschiedenen im Referat geschilderten Methoden.

3. Die Aufnahme des Gesprochenen mit einem Phonographen. Die Möglichkeit ist nicht ausgeschlossen, dass auf diesem Wege in der Zukunft sehr Wichtiges errungen werden wird, aber vorläufig hat die rein acustische Methode nur der Ohrenheilkunde für die Gehörschärfebestimmung mittels Sprache Nutzen gebracht.

Boumann (Amsterdam): Die von B. an sich selbst und 22 Kranken angegestellten Versuche, Sprachstörungen mit dem Zwaardemaker'schen Apparat zu registriren, hatten folgende Resultate: Nicht auffallende Unterschiede wurden gefunden von demjenigen, was schon klinisch bekannt war. Nur bezüglich der Fälle von Aphasie kann eine Ausnahme gemacht werden. Während die Fälle von Bul-

bärparalyse, multipler Sclerose auch die von Dementia paralytica Abweichungen zeigten, konnten wir diese in den Curven bei den Fällen von Aphasie nicht nachweisen. Dann und wann waren da nur einige Worte, auch wohl nur ein Wort, das überhaupt gesprochen werden konnte, aber dieses Wort gab, wie die Registrirung anzeigt, keine Abweichungen der Muskelbewegungen. Damit bekommt jene Auffassung eine Stütze, die bei Aphasie eine periphere Affection absolut ausschliesst.

Discussion:

Broeckaert (Gand) betrachtet die Radiumtherapie, jedoch nur combinirt mit Paraffininjectionen, als ein werthvolles Behandlungsmittel bei Ozaena.

Gutzmann (Berlin): Die Diagnose mit Kehlkopfspiegel ist in sehr vielen Fällen ungenügend, stets ungenügend bei functionellen Stimmstörungen.

G. macht noch kurz auf das Verfahren von Marbe für die Feststellung der Sprechstimmhöhe aufmerksam und betont, dass die Forrier'sche Analyse auch für die Untersuchung der Stimmstörungen, besonders der Gesangsstimme, doch jetzt relativ so leicht zugänglich ist, dass man vor den Formeln nicht mehr zurückzuschrecken braucht.

Bezüglich des Referates von Boumann weist G. darauf hin, dass Goldscheider schon 1891 experimentell-phonetische Methoden für die Untersuchung der Sprechstörungen bei Bulbärparalyse verwendete und G. selbst schon 1892 zum Theil in Gemeinschaft mit Goldscheider dasselbe bei Dialectuntersuchungen und Sprechfehlern gethan hat.

Flatau (Berlin): Ein interessantes, noch zu bearbeitendes Gebiet sind die vicariirenden Articulationen. Gutzmann verwendet sie bei Defecten: ich habe ihre merkwürdige bewusste Anwendung bei Sängern hervorgehoben, wie ich sie letzthin beschrieben habe.

Die Registerfrage kann sicher nicht gelöst werden, wenn man sich auf die optische Registerdiagnose festlegt. Es giebt mehrere und Uebergangsformen.

Katzenstein (Berlin) misst das Athemvolum mit einem Celluloidhelm, der über den Kopf gestülpt wird und an beiden Seiten Ventile hat. Durch das eine Ventil wird die Luft aufgenommen, durch das zweite nach dem Athmen, Sprechen, Singen abgegeben und in einer Gasuhr gemessen.

Für die klinische acustische Untersuchung bevorzugt er Apparate, die mit Lichthebel vor dem Phonographen arbeiten.

Zwaardemaker (Utrecht): Die Methode Marbe's ist wirklich aus Versehen weggelassen worden, denn gerne stimme ich zu, dass sie zur einfachen Auszählung der Schwingungen der Grundtöne vollständig genügt. Roudet's Abacus scheint mir keine nennenswerthen Erleichterungen zu geben. Die Registrirapparate haben immerhin einen gewissen psychischen Einfluss, sei es auch gar nicht unangenehmer Art. Der Phonograph endlich findet leider in seiner Anwendbarkeit eine Beschränkung durch die grosse Intensität, welche bei der Aufnahme die Stimme des Patienten haben muss, wenn die Glyphik in genügender Weise ausmessbar sein soll.

David (Paris): Behandlung der chronischen Rhino-Pharyngitiden, speciell der Ozaena mit hochfrequenten Strömen.

Die Funkenlänge betrug 3—4 cm, die Dauer der Einwirkung 2 Minuten, die Zahl der Sitzungen betrug im Mittel 30.

Von den 12 so behandelten Ozaenakranken wurden 7 geheilt, d. h. Foetor und Borken verschwanden. Die 5 Patienten mit trockener Rhino-Pharyngitis sind alle geheilt.

Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.

K. schildert die von ihm bei Laryngofissuren, totalen und halbseitigen Exstirpationen befolgte Technik. Nach vollendeter Operation wird die ganze Wundhöhle mit einem Jodoformgazeschleier austapeziert und in denselben nach Art eines Mikulicz-Tampons ein schmaler Jodoformgazestreifen eingeführt. Naht wird keine angelegt, der Tampon wird blos mittels eines leichten Compressivverbandes fixirt und so lange als möglich in der Wunde belassen. Vor dem 10. Tage habe ich den Tampon nie entfernt. Ich habe diese Methode der Wundversorgung bisher in 30 Fällen von Larynxcarcinom angewendet. Die Verlässlichkeit derselben besonders in Bezug auf die Verhütung der consecutiven Schluckpneumonie wird am besten durch die Thatsache illustrirt, dass ich einen einzigen postoperativen Todesfall zu verzeichnen habe, der durch Nachblutung aus einer arrodirten Vena thyreoidea erfolgte. Nach Operatonen gruppirt, habe ich 9 Laryngofissuren, 18 partielle und 3 Totalexstirpationen ausgeführt; der Exitus betrifft eine partielle Laryngectomie. In allen Fällen habe ich zur Verhütung nachträglicher Blutungen aus der Schilddrüse den Isthmus derselben präventiv doppelt unterbunden und durchschnitten. Von den 19 Fällen, die vor mehr als 3 Jahren operirt wurden, sind 9 derzeit definitiv, d. h. länger als 8 Jahre geheilt geblieben, 4 Laryngofissuren, 3 Laryngectomien und 2 Totalexstirpationen. Ich möchte die Gelegenheit benützen, um den Vorschlag zu machen, in der Laryngologie bezüglich der Statistik des Larynxcarcinoms nach denselben Principien vorzugehen, die nach Winter's Vorschlag in der Gynäkologie nunmehr bezüglich des Uteruscarcinoms gelten. Ich möchte also, dass man im Weiteren nur mit vier Zahlen arbeite:

1. Zahl der beobachteten Fälle;
2. Zahl der operirten Fälle;
3. Zahl der postoperativen Fälle;
4. Zahl der nach 3 Jahren geheilt gebliebenen Fälle.

Der Vergleich der ersten mit der letzten Zahl giebt dann die absolute Leistung der Operation.

Sitzung IX.

Broeckaert (Gand): Gegenwärtiger Stand der Recurrensfrage. (Lähmungen cerebralen und bulbären Ursprungs.)

I. Recurrenslähmungen cerebralen Ursprungs. Es sind einige recht exceptionelle Beobachtungen von einseitiger Stimmbandlähmung bei rein cerebralen Affectionen veröffentlicht worden. Keine hält einer strengen Kritik Stand. Wenn man nach der Mehrzahl dieser Beobachtungen urtheilen müsste, so würde die cere-

brale Kehlkopflähmung die dreifache Eigenschaft haben, einseitig, gekreuzt und vollständig zu sein; das der Gehirnläsion entgegengesetzte Stimmband steht unbeweglich in Cadaverstellung. Nach einigen anderen Beobachtungen wäre die Lähmung unvollständig, indem das gelähmte Stimmband in Medianstellung steht. Alle experimentellen Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass selbst die ausgedehntesten Zerstörungen der cerebralen Kehlkopfcentren ausschliesslich die willkürlichen Bewegungen der Stimmlippen unterdrücken, die Reflexbeweglichkeit aber intact lassen. Eine Kehlkopflähmung durch Läsion des Gehirns lässt sich beim Thier nicht erreichen; selbst nach Abtragung beider Hemisphären bleiben die Respirationsbewegungen wie in der Norm bestehen und unter der Einwirkung einer reflectorischen Ursache vollzieht sich die Adduction vollkommen. Die Untersuchungen der letzten Jahre haben bestätigt, dass beim Hunde jederseits im Niveau der antero-exterioren Partie der Präcrucialwindung ein Centrum für die verschiedenen Bewegungen der Stimmbänder existirt. Die electrische Erregung dieses Centrums bringt im Allgemeinen eine bilaterale Wirkung hervor; ausnahmsweise kann man eine ausschliessliche, andere Male eine vorwiegende Contraction des entgegengesetzten Stimmbandes erhalten. Dieses Centrum stellt nicht eigentlich das Centrum der Phonation dar, sondern es ist das cerebrale Centrum für die Stimmaccommodation, eines für die Phonation nothwendigen Actes. Nach Katzenstein soll die Lautgebungsstelle in der Nähe des Centrums für die willkürlichen Stimmbandbewegungen und des corticalen Athmungscentrums gelegen sein. Das Bellcentrum entspricht dem Wortcentrum beim Menschen; zerstört man es, so macht man das Thier aphatisch; zerstört man das Centrum für die Stimmbandbewegungen, so macht man das Thier aphonisch.

II. Recurrenslähmungen bulbären Ursprungs. Nach den Untersuchungen der Schule von Louvain scheint es festzustehen, dass — entgegen der classischen Ansicht — der Kern für die Innervation des Larynx im dorsalen Vaguskern localisirt ist. Bestätigt sich dies für den Menschen, so müssten die Recurrenslähmungen bulbären Ursprungs auf eine Läsion des dorsalen Vaguskerns folgen. Die anatomisch-pathologischen Thatsachen, die sich aus der Literatur sammeln liessen, sind zur Lösung des Problems absolut ungenügend. Die Hauptcharaktere der Laryngoplegie bulbären Ursprungs sind folgende: 1. Einseitig oder doppelseitig, die Lähmung entspricht stets der betroffenen Bulbusseite. 2. Die Lähmung ist vollständig oder unvollständig. 3. Die gelähmten Muskeln atrophiren oder verlieren ihre electrische Erregbarkeit. 4. Die Lähmung ist oft verbunden mit Anästhesie. Obwohl die Lähmung der Erweiterer die bei weitem häufigere ist, kann man in den motorischen Kehlkopfstörungen die grösste Mannigfaltigkeit finden: isolirte Lähmung der Constrictoren wurde verschiedentlich beobachtet. Das Semon'sche Gesetz ist also oft im Widerspruch mit den bei Bulbäraffectionen sich ergebenden Thatsachen.

Katzenstein (Berlin): Ueber Phonationscentren.

Dass nach Durchschneidung aller vier Kehlkopfnerven Stimmbildung durch Wirkung der äusseren Kehlkopfmuskeln und der Muskeln des Larynx oder infolge

des Stellungsreizes nach R. du Bois-Reymond und Katzenstein möglich ist, ist lange bekannt.

Die Stimmbildung ist im Experiment oder bei menschlichen pathologischen Fällen möglich von den sogen. subcerebralen Centren; die bewusste normale Lautgebung des Thieres ist aber nur von dem Lautgebungscentrum der Rinde erzeugt. Die Pathologie der centralen menschlichen Lautgebung wird durch die Thierexperimente nicht berührt.

Die Erzeugung unilateraler Stimmlippenbewegungen ist durch die Untersuchung Masini's, Katzenstein's, Broeckaert's, Lewandowski's einwandsfrei erwiesen.

Discussion:

Lautmann (Paris) macht darauf aufmerksam, dass, ebenso wie beim Recurrens, auch bei Lähmungen anderer Nerven (Opticus, Acusticus, Oculomotorius) nicht alle Fasern gleichmässig befallen werden.

Onodi (Budapest) muss sich Semon's Ausspruch anschliessen, den experimentellen Ergebnissen keine allzugrosse Bedeutung beizumessen. Seine experimentellen Ergebnisse sind, dass sowohl beim Thiere als bei Anencephalen und menschlichen perforirten Neugeborenen die Phonation und die Bewegung der Stimmbänder aufrecht erhalten werden können, wenn das Gebiet des medullaren Athmungscentrums intact ist. Dies haben die Referenten bestätigt, der Unterschied besteht nur in der Erklärung; Katzenstein nimmt eine reflectorische Phonation durch das Athmungscentrum und durch die Exspiration an. Dieser Schluss steht in gar keinem Einklang mit der klinischen Erfahrung, da bei centralen Lähmungen der Stimmbänder, trotzdem das Athmungscentrum und die Respiration intact sind, die Stimmbänder doch unbeweglich bleiben und beim Thiere bei der Entfernung des Gehirnes bis zum medullaren Athmungscentrum die Phonation und Stimmbandbewegung doch bestehen. Es muss daher das Hauptgewicht auf die klinischen Beobachtungen und auf die pathologisch-anatomischen und histologischen Untersuchungen gelegt werden.

Gleitsmann (New-York): Broeckaert hat in seinem Referate die Fälle citirt, bei denen im Gefolge einer einseitigen cerebralen Affection eine unilaterale Lähmung des Recurrens oder Abductor beschrieben worden ist. Die meisten derselben sind bereits von Semon in Heymann's Handbuch analysirt und nicht einwandfrei befunden worden.

Der zweite und wichtigste Punkt, der, wenn zum Abschluss gekommen, die ganze, immer wieder auftauchende Controverse der einseitigen corticalen Lähmungen begraben würde, betrifft die äusserst interessanten und werthvollen Experimente Katzenstein's, der berichtet, eine corticale Stelle gefunden zu haben, die bei unipolarer Reizung einseitige Lähmung im Larynx hervorzurufen im Stande ist.

Flatau (Berlin): Bedeutung und Grenzen der phonetischen Therapie.

Die phonetische Therapie kann Platz greifen:

1. Bei organischen Veränderungen in irgend einem Theil des Apparates, wobei

auch die dazu gehörigen Bezirke des Centralnervensystems unter diesem Begriff mitverstanden werden sollen.

2. Das zweite Hauptgebiet der phonetischen Therapie bildet die Herstellung einer normalen, idealen, neutralen Coordination bei deren Störung ohne primäre causale mechanische Veränderungen. Hierher gehört die Behandlung der Sprachgebrechen, das Stammeln, das Stottern und ein jüngster bedeutsamer Zweig, die mechano-therapeutische Behandlung der Berufsneurosen der Stimme; als schwierigste, wichtigste, interessanteste Form mögen hier die Störungen der Singstimme genannt werden.

3. Ein drittes Gebiet der phonetischen Therapie ist zu construiren, wenn man als erwiesen annimmt, dass durch die Gesammtheit der Factoren der stimmgymnastischen Therapie auch eine Rückwirkung auf Abweichungen der Form und gewisse functionshemmende pathologische Bildungen überhaupt vollzogen werden kann.

Diesen Beweis sehe ich als geführt an, nachdem es mir in einer grossen Reihe von Fällen gelungen ist, pseudokatarrhalische Erscheinungen, Trübungen, Schwellungen, knötchenförmige Prominenzen, Unregelmässigkeiten des freien Randes der Stimmbänder in verschiedener, meist sägenförmiger Gestalt lediglich auf dem Wege einer systematisch vorgehenden stimmgymnastischen Therapie zur Rückbildung zu bringen.

4. Die phonetische Therapie bei Sinnesdefecten.

Gutzmann (Berlin): Ueber die Stimme und Sprache der Taubstummen.

Discussion:

Katzenstein (Berlin) demonstrirt eine Staubinde und einen Apparat zur directen Massage der Stimmlippen.

Gutzmann (Berlin) geht kurz auf die vicariirenden Articulationen bei Defecten ein und zeigt, wie selbst bei grossen Defecten (z.B. bei totalem Zungendefect, bei completer Facialislähmung) die Articulation nicht zu leiden braucht.

Stern (Wien): Die Beziehungen der Laryngologie zu den Sprachstörungen.

Sitzung X.

Vansant (Philadelphia): Heissluft zur Behandlung von katarrhalischer Entzündung von Nase und Ohr nebst Demonstration eines Instrumentes.

Moskovitz (Budapest): Die schädlichen Folgen der Nasenmuschelresectionen für den Organismus.

Die offensichtlichen Nachtheile der Resection springen besonders deutlich in die Augen, wenn dieselbe einseitig vorgenommen wurde, indem die Klagen und Beschwerden der Patienten trotz der Exstirpation an der betreffenden Seite nicht aufhören, was augenscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass der Nervenreiz, welcher die Schwellung hervorgerufen hat, auch nach der Operation fortbesteht. Dazu gesellen sich noch die weit schlimmeren Folgen des verursachten Defectes auf die Respirationsorgane.

Die häufigste Ursache der Nasenverstopfungen bilden bekanntlich katarrhalische Affectionen. Bei solchen zur Resection, also zum radicalsten Eingriff zu schreiten, ist ein folgenschwerer Kunstfehler, um so mehr, da in solchen Fällen durch allgemeine und locale Behandlung glänzende Heilresultate erzielt werden und ein blutiger Eingriff dem hilfesuchenden Patienten statt Hilfe nur bleibenden Schaden bringen kann.

Tóvölgyi (Budapest): Ueber eine neue Operationsmethode bei Septum-, Spina-, Crista- und Nasenmuschelhypertrophien.

Mit meinem Handgriff kann man mit der geraden Scheere nicht nur Muschelhypertrophien beseitigen, sondern sämmtliche Nasenoperationen vollführen. Zum Beispiel bei Septen-, Cristen- und Spinenoperationen kann man viel schneller, schöner mit der geraden Scheere operiren, wie mit Meissel oder irgendwelchem anderen Instrument. Die Operation kann man in 5—8 Secunden vollführen.

Discussion:

Flatau (Berlin): Ich empfehle, wenn überhaupt resecirt werden soll, das im Nasenwinkel abgebogene Conchotom mit Schutzknopf, das sehr schnell und kräftig arbeitet.

Morelli (Budapest): Fistula colli congenita bilateralis totalis.

Poli (Genua): Trockeninhalationen nach der Methode Koerting.

P. beschreibt das Koerting'sche Inhalationsverfahren, wie es in Bad Koesen angewandt wird. Im Jahre 1909 hat Dr. A. Peri in Sestri Ponente darauf aufmerksam gemacht, dass diese Inhalationen ausser ihrer localen Wirkung noch vielmehr eine allgemeine Wirkung ausüben infolge Resorption der durch die Athemwege inhalirten Salze. P. hat 5 Monate lang Beobachtungen mit diesen Inhalationen gemacht; besonders beziehen sich diese auf Inhalationen mit dem Brunnen von Salsomaggiore. Sie waren besonders wirkungsvoll bei den Formen von diffusem Katarrh des Siebbeinlabyrinths mit Borkenbildung, ferner bei Congestion der unteren Muschel, ganz besonders bei Lymphatismus mit Hyperplasien des lymphatischen Rachenringes.

Pollaczek (Budapest): Die Behandlung der Kehlkopftuberculose.

1. Ich habe 3 Fälle von Spontanheilung von Kehlkopftuberculose beobachtet (zweimal hintere Wand, einmal Stimmlippe).

2. Ich beobachtete bei allgemeiner Behandlung mit Altuberculin Koch locale Reaction neben Veränderungen des Kehlkopfes.

3. Gedeckte Infiltrate haben sich bei derselben Behandlung verkleinert.

4. Bei allgemeiner Behandlung mit Marmorek-Serum habe ich weder locale Reaction, noch Besserung gesehen.

5. Die bei weitem besten Resultate erzielte ich auf operativem Wege. (Siehe meinen Aufsatz im Berichte vom Tuberculosecongress in Washington.)

Bei 210 operirten Fällen kann ich Folgendes zusammenfassen:

1. Kehlkopftuberculose muss als eine heilbare Krankheit betrachtet werden.
2. Bei Eingriffen soll womöglich alles Krankhafte entfernt werden.



3. Reihenfolge: a) hintere Wand, b) Epiglottis, c) Stimmlippen, d) Taschenbänder.

Rupprecht (Bremen): Demonstration eines neuen oto-rhino-laryngologischen Taschenbestecks.

---

b) Laryngological Section of Royal Academy of Medicine.

Sitzung vom März 1909.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant: 1. Hunter'sches Geschwür (?) auf der Innenfläche der Lippe bei einer jungen Frau.

Es wurden in dem Secret von dem Grunde des Geschwürs Spirochäten gefunden, aber nicht auf dessen Oberfläche, noch in den Drüsen.

2. Kehlkopftuberculose; Besserung nach galvanokaustischem Tiefenstich.

28jähriger Mann mit erheblicher Infiltration und oberflächlicher Ulceration der Stimmbänder. Die Ulceration verschwand und die Stimme besserte sich erheblich nach der Galvanokaustik; es blieb nur eine geringe Hyperämie bestehen.

Lambert Lack: Teleangiectasie mit Epistaxis.

54jährige Frau mit typischen naevusähnlichen erhabenen Flecken auf Wangen, Lippen, Zunge, Gaumen und Brust. Wiederholte Blutungen aus dem vorderen Septumabschnitt. In der Familie keinerlei ähnliche Erkrankungen.

Stuart Low: Thyroidgeschwulst der Zunge.

32jährige Frau mit grosser, derber Schwellung an der Zungenbasis; ein ähnlicher Zustand bestand bereits vor 11 Jahren und ist damals anderwärts opeperirt worden. L. räth zur radicalen Entfernung nach Spaltung der Zunge.

Scanes Spicer hält die Geschwulst zum Theil für cystisch.

Cresswell Baber sagt, dass diese Tumoren oft cystenähnlich, aber nicht cystisch wären.

Fitzgerald Powell glaubt, es handelt sich um eine thyreolinguale Cyste. Das Recidiv spricht entweder für eine solche oder für eine maligne Geschwulst.

Stuart Low: Ungewöhnlich grosse und lange Zunge.

8jähriger Knabe mit einer ca. 13 cm langen Zunge. Er hat grosse Adenoide, aber keine Deformität des Alveolarbogens. Evident war der Einfluss der Zunge auf die Gestaltung des Kiefers.

Andree Wylie citirt den Fall einer Frau, deren Zunge so lang war, dass sie sie in den Nasenrachen strecken konnte.

Donelan: 1. Geschwulst der Uvula bei einem 42jährigen Mann.

Vor zwei Jahren war nur ein kleines Papillom zu sehen. Jetzt bildet sich von Zeit zu Zeit eine Anschwellung von der Grösse der Uvula in der Gegend des Papilloms.

2. Rechtwinklige Meissel nach rechts und links gebogen zur Entfernung der antronasalen Wand.

Die Meissel können angewandt werden, sowohl wenn die Operation allein von der Nase vorgenommen wird oder wenn diese mit der Eröffnung von der Mundhöhle her combinirt ist.

Dundas Grant, Tilley und Donelan betonen die Nothwendigkeit, dass diese Instrumente scharf sein müssen, um ein Splittern des Knochens zu vermeiden.

Irwin Moore: Kehlkopfgeschwulst.

Infiltration des linken Stimmbandes gleichzeitig mit einer Cyste der Hinterfläche der Epiglottis bei einem 45jährigen Mann.

Dundas Grant und Mc Kenzie: Gummi des Kehlkopfs.

32jährige Frau mit Schwellung der linken Kehlkopfhälfte und einem conischen Auswuchs, der von der linken Regio subglottica hervorragt. Grosse Besserung unter Jodkali. Versuche, ein Stück zur mikroskopischen Untersuchung zu exstirpiren, hatten die Nothwendigkeit der Tracheotomie im Gefolge.

Hill räth zur Anwendung der directen Methode.

Charles Parker: Chronische Infiltration des Kehlkopfs.

35jähriger Mann; seit 17 Jahren Syphilis, Ueberanstrengung der Stimme, seit 5 Jahren heiser. Erhebliche Infiltration der Epiglottis, der linken aryepiglottischen Falte und eine grosse Geschwulst zwischen den Aryknorpeln unterhalb des Niveaus der Stimmbänder; auch bestand eine blasse Geschwulst unter dem linken Stimmband. P. hält es für chronische Laryngitis, die von der Syphilis beeinflusst, aber nicht verursacht ist.

Dundas Grant hält den Fall für eine syphilitische Pachydermie.

Tilley sagt, solche Fälle seien oft verbunden mit Fibrose der Leber und Nieren. Er hat in einem solchen Fall Besserung nach Ruhe und Purgation eintreten sehen. Er räth im vorliegenden Fall zu Galvanopunction.

Jobson Horne verwirft die Anwendung der Galvanokaustik bei einer fibrösen Affection.

Dan Mc Kenzie schlägt die Bezeichnung „Elephantiasis laryngis" vor.

Hill räth zur Entfernung von Stücken auf directem Wege.

Fitzgerald Powell räth zur antisyphilitischen Therapie und Entfernung von Theilen.

Dundas Grant empfiehlt Vorsicht bei Anwendung der Galvanopunction in der Interarytaenoidgegend wegen excessiver Narbenbildung und Stenose.

Jobson Horne: Kehlkopfneubildung.

64jährige Frau mit grosser maulbeerförmiger Geschwulst, die vom linken Ventrikel oder Taschenband auszugehen schien. Ein Präparat zeigte nur papillomatöses Gewebe; die Geschwulst ist aber sehr gewachsen, ohne dass die Beweglichkeit des Stimmbandes gelitten hätte.

Dundas Grant hält die Neubildung für bösartig.

Waggett hat einen ähnlichen Fall bei einer älteren Frau gesehen. Das Mikroskop ergab ein Papillom; die von anderer Seite vorgenommene Entfernung



hatte ein Recidiv und Bildung von secundären Tumoren aussen am Halse im Gefolge.

Lambert Lack: Tumor des harten Gaumens bei einer 30jährigen Frau.

Es bestanden gleichzeitig Gummata am Kopf.

Furniss Potter: Kehlkopffall zur Diagnose.

Es handelt sich um die Frage, ob Syphilis oder maligne Neubildung.

Waggett: Maulbeerförmige Hypertrophie der unteren Muschel.

Hill: Subglottische Membran (in der vorigen Sitzung vorgestellt).

Syphilitische Narbe mit Laryngofissur behandelt.

Sitzung vom Mai 1909.

Dundas Grant: 1. Fall von Fixation des linken Stimmbandes.

Das Skiagramm zeigt ein Aneurysma.

2. Epitheliom der Epiglottis und des Ventriculus Morgagni.

Davis: 1. Linksseitige Bronchocele bei einer Frau mit Verdrängung des Kehlkopfs und Vorwölbung der Trachealwand.

Mehrere Discussionsredner rathen zur Operation.

2. Chronisches Highmorshöhlenempyem bei einer 68jährigen Frau; jetzt maligne Neubildung.

Eine frühere Radicaloperation hat keine Heilung gebracht; es besteht jetzt ein Fibro-Myxo-Sarkom mit Vorwölbung der Orbita; während der letzten 6 bis 7 Jahre war die Patientin wiederholt an Polypen operirt worden.

De Santi: 1. Kehlkopftumor.

45jährige Frau; seit 2 Jahren erkrankt. In der vorderen Commissur eine zungenförmige Geschwulst; die Untersuchung eines Stückes ergiebt den mikroskopischen Charakter eines Angioms.

2. Kehlkopffall zur Diagnose.

Es besteht die Frage der Malignität.

Donelan: Kehlkopftuberculose bei einem 43jährigen Mann.

Tuberculose der Epiglottis; Amputation derselben abgelehnt.

Dundas Grant, Barwell sprechen über den Werth der Galvanopunction in diesen Fällen.

Tilley räth zur Amputation.

Donelan: Recidivirender Verschluss der Nase.

Ein sehr schwieriger Fall von Nasenverschluss, in welchem die Operation Synechien zur Folge hatte.

Dundas Grant räth zur Anwendung von Celluloideinlagen.

Herbert Tilley: Chronische Keilbeinhöhleneiterung.

Ein Fall von heftigem Kopfschmerz, geheilt durch Eröffnung der Keilbeinhöhle.

Nourse führt einen in Carbolglycerin getränkten Tampon ein und sieht darin ein gutes Mittel, um die Operationsöffnung offen zu halten.

Waggett: Epitheliom der Hinterfläche des Ringknorpels bei einer 30jährigen Frau. Laryngectomie.

Epitheliome dieser Gegend sind bei Frauen zwischen 30 und 40 Jahren häufig, bei Männern desselben Alters sind sie sehr selten. Die genauen Grenzen der Geschwulst konnten durch die directe Methode bestimmt werden; da die Aryknorpel mit erkrankt waren, so musste der Larynx entfernt werden; der Trachealstumpf wurde in eine knopflochförmige Oeffnung in der Haut über dem Sternum eingenäht. Naht des Pharynx; vier Wochen lang Tragen einer Sonde zur Ernährung.

Sir Felix Semon hält diese Fälle für selten.

Hill stimmt mit dem Redner darin überein, dass diese Fälle nicht als Speiseröhrentumoren bezeichnet werden sollen.

Norman Paterson: Abnormität in der rechten Tonsillarregion (Processus styloideus?).

45jähriger Mann, bei dem ein langer knöcherner Vorsprung von der rechten Fossa supratonsillaris nach unten und einwärts vorsprang; ein ähnlicher, doch kürzerer Vorsprung war in der linken Tonsille palpabel. Ein Skiagramm zeigte, dass der Processus styloideus erheblich verlängert oder das Lig. stylohyoides verknöchert war.

Jobson Horne: Fixation des rechten Stimmbandes, intermittirend bei einem 40jährigen Mann vorkommend.

William Hill: Gestielter Trachealpolyp, bei einem 7jährigen Kind mittels directer Methode entfernt.

Kelson: Kehlkopfgeschwulst zur Diagnose.

Frage, ob Syphilis oder Carcinom.

Dundas Grant und Dan Mc. Kenzie: Retrobulbäre Neuritis infolge Keilbeinhöhlenempyem, mittels Drainage geheilt.

29jährige Frau mit seit lange bestehender Nasenkrankheit. Es war früher eine Curettage des Siebbeins gemacht worden, jedoch die Eiterung blieb bestehen. Später trat eine Beeinträchtigung des Sehvermögens ein und es wurde retrobulbäre Neuritis diagnosticirt. Bei Eröffnung der Keilbeinhöhle fand sich verdickte Schleimhaut und das Sehvermögen stellte sich schnell wieder her.

Bronner protestirt gegen die heut zu Tage veraltete Bezeichnung „retrobulbäre Neuritis".

Dundas Grant: Infiltration des Kehlkopfeingangs.

Besserung unter antisyphilitischer Behandlung.

Stuart Low: Epitheliom des Kehlkopfs.

Das Mikroskop ergab Carcinom, obwohl die Geschwulst sich ungewöhnlich weich anfühlte.

William Hill: 1. Substanzverlust und Narbenbildung im Pharynx bei einem 7jährigen Kinde nach Scharlach im Alter von 2 Jahren.

2. Ulcus rodens des Bodens des Vestibulum nasi.

Der Fall soll mit Röntgenstrahlen und Radium behandelt werden.

E. B. Waggett.

---

c) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

III. Sitzung vom 3. November 1909.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. D. v. Navratil: Ueber die Diagnose des Aortenaneurysmas mittelst Tracheoskopie.

Bei der 28jährigen Frau bestehen Athembeschwerden. Geringe Hypertrophie, namentlich des linken Lappens der Schilddrüse. Kehlkopf normal. Bei der Tracheoskopie sieht man, dass die rechte Hälfte der Trachea in der Richtung von rechts und vorne nach hinten gegen die Medianlinie lebhaft pulsirt. Innere Untersuchung ergiebt mässige Dämpfung am linken Sternalrande und accentuirten diastolischen Ton; im Röntgenbilde links hinter der Articulatio sternocostalis II ein nussgrosses Aneurysma der Aorta ascendens. N. ist der Ansicht, dass die Pulsation des Aneurysmas wahrscheinlich die Bifurcation an jener Stelle berührt, wo der Arcus aortae den linken Bronchus kreuzt.

2. E. Baumgarten: Empyema sinus Highmori und Osteomyelitis.

Vor 7 Jahren wurde wegen Empyem der rechten Highmorshöhle nach Resection des vorderen Theiles der unteren Muschel eine grosse Oeffnung im unteren Nasengange angelegt. Heilung. Jetzt wieder Schmerzen, eitriger Ausfluss. Neuerliche Eröffnung vom unteren Nasengange. Nach 3 Tagen Phlegmone der ganzen rechten Gesichtshälfte. Tiefe Incision, viel Eiter; an der Vorderwand der Höhle rauher Knochen, welcher entfernt wird. Nach 8 Tagen wieder Infiltration, wieder Einschnitt und wieder wird ein nekrotisches Knochenstück oberhalb der Fossa canina entfernt. Es ist jetzt fraglich, ob der seltene, bisher zweimal beschriebene Fall von Osteomyelitis das Primäre war und deshalb die Highmorshöhle eiterte oder umgekehrt acutes Empyemrecidiv die Osteomyelitis verursachte.

3. E. v. Navratil: Rückblicke auf die Arbeiten der XV. Section auf dem XVI. internationalen Aerztecongress.

4. E. v. Navratil: Discussion über die Indication zur Eröffnung des Sinus frontalis.

K. v. Láng: Ist Anhänger der conservativen Behandlung; wo eine Knochenaffection vorliegt, soll radical operirt werden.

E. Tóvölgyi: Unbedingte Indication geben Knochenaffection, Augen- oder Gehirncomplicationen.

L. Polyák: Die Anhänger der radicalen Methode sind heute vorsichtiger geworden. Hält die Killian'sche Methode für vortheilhafter als die osteoplastische.

A. Onodi: Die Ultraradicalen sind mässiger geworden, namentlich wegen der postoperativen Meningitiden.

E. Baumgarten: Nur in den seltensten Fällen muss der Sinus eröffnet werden.

Z. Donogány: In acuten Fällen rascher Entschluss, in chronischen kann conservativ vorgegangen werden.

Sitzung vom 25. Januar 1910.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. D. v. Navratil: Vor $2^1/_2$ Jahren endonasal operirtes Septumcarcinom.

2 × 1 Centimeter grosses Basalcarcinom. Kein Recidiv.

2. D. v. Navratil: Schleimhautprolaps zwischen dem linken falschen und wahren Stimmbande.

Bohnengrosser Schleimhautprolaps, wurde mit kalter Schlinge entfernt. Vollständige Heilung.

3. D. v. Navratil: Papillom der Nasenschleimhaut.

Rechts war die Nasenhöhle mit Papillomen erfüllt; wurden entfernt.

4. Z. v. Lénárt: Zitterbewegungen des Kehlkopfes und der Zunge.

50jähriger Schiffskapitän. Vor 2 Jahren Diplopie; vor 10 Monaten traten an beiden Händen Zittern und Muskelzuckungen auf, nachher Verlust der Sprache. Vor 10 Jahren Ulcus am Penis.

Rechtsseitige Abducensparese. Argyll-Robertsons Symptom. Kniereflexe etwas gesteigert. Wassermann positiv. Sprache flüsternd. Zittern der Zunge, der ary-epiglottischen Falten, der Aryknorpel, der falschen Stimmbänder. An beiden wahren Stimmbändern Zitterbewegungen in Form von Ab- und Adductionsbewegungen. Diagnose des Vortr.: Lues cerebrospinalis, eventuell mit Tabes incipiens.

Z. Donagány: Hält es für das Gerhardt'sche Zittern.

E. Baumgarten: Es kann Sclerosis multiplex, Syringomyelie oder Alcoholismus sein.

M. Mohr: Der Fall kann Tabes sein.

Z. v. Lénárt: Es wird eine antiluetische Kur eingeleitet werden.

E. v. Navratil.

III. Briefkasten.

82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg i. Pr.

18. bis 24. September 1910.

Einführender der 22. Abtheilung — Hals- und Nasenheilkunde — ist Professor Dr. Gerber, Hufenallee 54/56; Schriftführer sind: Dr. Georg Cohn und Dr. Krause.

Bis jetzt sind für die Section für Laryngologie und Rhinologie folgende Vorträge angemeldet:

Blumenfeld (Wiesbaden): Zur pathologischen Anatomie der Stimmlippe.
Brieger (Breslau): Thema vorbehalten.
Cohn (Königsberg): Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims.
Flatau (Berlin): Chirurgische und functionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung.
Flatau (Berlin): Ein neues Laryngostroboskop.
Freese (Halle a. S.): Eine eigenartige Mund- und Rachenaffection.
Gerber (Königsberg): 1. Ueber Spirochäten in den oberen Luftwegen.
2. Das Schicksal der ostpreussischen Skleromkranken.
Gluck (Berlin): Kehlkopfoperationen bei chirurgischer Localtuberculose des Larynx.
Grünwald (München): Thema vorbehalten.
Gutzmann (Berlin): Die Untersuchung der Stimme mit experimentell-phonetischen Methoden.
Hajek (Wien): Thema vorbehalten.
Hennig (Königsberg): Ueber Mischformen von Syphilis und Tuberculose, geheilt durch combinirte Behandlung im Seebade Cranz.
Hoffmann (Dresden): Ueber anatomische Verhältnisse, welche bei der Ueberleitung von Entzündungen aus den Nebenhöhlen der Nase auf die Orbita wichtig sind (Demonstrationen mit Epidiaskop).
Jaques Joseph (Berlin): Ueber Nasencorrecturen.
Jurasz (Lemberg): Beitrag zur Lehre vom Ictus laryngis.
Katzenstein (Berlin): Ueber Brust und Falsettstimme.
Kafemann (Königsberg): Ueber die Verwendungsmöglichkeiten der Elektrolyse im Anschluss an einen geheilten Fall von Epithelcarcinom der Basis cranii mit Demonstrationen.
von zur Mühlen (Riga): Zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterung.
Ruprecht (Bremen): Die allgemeine Narkose bei Mandeloperationen.
Réthi (Wien): Ueber Septumoperationen.
Saenger (Magdeburg): Die Beziehungen zwischen Nasenerkrankungen und Stimmstörungen.
Saenger (Magdeburg): Ein neu construirter Zerstäuber.
Max Senator (Berlin): Die Function des Kehlkopfes beim Schluckact.
Scheier (Berlin): Zur Physiologie des Schluckactes.
Streit (Königsberg): Operative Mittheilungen.
A. Thost (Hamburg): Ueber die Anwendung der Anilinfarben in der Rhino-Laryngologie.
Uffenorde (Göttingen): Orbitale Complicationen der Nebenhöhlenentzündungen.
Winkler (Bremen): Bewerthung der Röntgenbilder bei Nebenhöhlenerkrankungen.

III. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Berlin, 30. August bis 2. September 1911.

Der Vorsitzende — B. Fränkel — und Schriftführer — A. Rosenberg — versenden die erste officielle Einladung zu dem im nächsten Jahre in Berlin stattfindenden III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress.

In der Einladung wird zunächst ein kurzer Ueberblick über die Vorgeschichte des Congresses, insbesondere auch über die Constitution und bisherige Thätigkeit des Internationalen Comités gegeben; sodann werden die Referate und Referenten mitgetheilt.

Wir glauben, da wir über diese Dinge unsere Leser bereits früher eingehend unterrichtet haben*), von ihrer nochmaligen Veröffentlichung an dieser Stelle absehen zu dürfen. Der Congress wird im Herrenhaus, das von seinem Präsidenten, Freihern von Manteuffel, freundlichst zur Verfügung gestellt worden ist, stattfinden.

Der Beitrag zu den Kosten des Congresses beträgt 25 Mark. Dieser Betrag ist an Herrn Geheimrath Dr. Schötz, Berlin W., Kurfürstendamm 22, durch Postanweisung einzusenden, der seinerzeit in Berlin gegen Vorzeigung der Quittung die Mitgliedskarte ausstellen wird. Ebenda werden die Damenkarten — im Preise von 10 Mark — ausgefolgt werden.

Anmeldungen zur Aussellung sind zu richten an Herrn Geheimrath Prof. Heymann, Berlin W., Lützowstr. 60.

Als Anhang zu der Einladung wird die Liste der Mitglieder des Ehrencomités und des Executivcomités mitgetheilt, die wir hier folgen lassen:

Ehrencomité
des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses
Berlin 1911.

Se. Excellenz, der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten v. Trott zu Solz.
Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrath, Herr Ministerialdirector Dr. Naumann.
Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrath, Herr Dr. Schmidt.
Wirklicher Geheimer Ober-Medicinalrath, Herr Prof. Dr. Schmidtmann.
Geheimer Ober-Medicinalrath, Herr Prof. Dr. Kirchner.
Geheimer Ober-Medicinalrath, Herr Prof. Dr. Dietrich.
Geheimer Medicinalrath, Herr Dr. Abel.
Se. Excellenz, Generalstabsarzt der Armee, Herr Prof. Dr. v. Schjerning.
Se. Excellenz, Herr Staatssecretär des Innern Dr. Delbrück.
Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrath, Herr Präsident Dr. Bumm.
Herr Oberbürgermeister Kirschner.
Herr Stadtrath, Geheimrath Dr. Strassmann.
Herr Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. Waldeyer.
Herr Generalconsul Eugen Landau.
Se. Excellenz, Wirklicher Geheimer Rath, Landesdirector v. Manteuffel, Präsident des Herrenhauses.
Se. Excellenz, Generalintendant der Königl. Schauspiele, Herr Graf von Hülsen-Häseler.
Se. Excellenz, Herr Kammerherr Baron v. d. Knesebeck.
Vorsitzender der Aerztekammer, Herr Geheimrath Dr. Stöter.

* * *

*) Cfr. Centralbl. 1909, S. 495. 1910, Ss. 46, 113, 204, 344.

Executivcomité
des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses
Berlin 1911.

*Herr Geheimer Medicinalrath Prof. Dr. B. Fränkel, Vorsitzender.
*Herr Generalarzt Dr. Landgraf } stellvertretende Vorsitzende.
*Herr Geheimrath Prof. Dr. P. Heymann } stellvertretende Vorsitzende.
*Herr Prof. Dr. A. Rosenberg, Schriftführer.
*Herr Prof. Dr. Grabower, stellvertretender Schriftführer.
*Herr Geheimrath Dr. Schötz, Schatzmeister.
*Herr Prof. Dr. A. Kuttner.
*Herr Geheimrath Dr. Schwabach.
*Herr Prof. Dr. Gutzmann.
*Herr Prof. Dr. Baginsky.
*Herr Prof. Dr. Finder.
*Herr Sanitätsrath Dr. Musehold.
*Herr Sanitätsrath Dr. Hoffmann.
Herr Prof. Dr. Killian, Freiburg.
Herr Prof. Dr. Spiess, Frankfurt a. M.
Herr Dr. Blumenfeld, Wiesbaden.
Herr Sanitätsrath Dr. Hansberg, Dortmund.
Herr Prof. Dr. Seifert, Würzburg.
Herr Prof. Dr. Neumayer, München.
Herr Prof. Dr. Manasse, Strassburg.
Herr Dr. Winckler, Bremen.
Herr Sanitätsrath Dr. Thost, Hamburg.
Herr Prof. Dr. Friedrich, Kiel.
Herr Prof. Dr. Gerber, Königsberg.
Herr Prof. Dr. Hinsberg, Breslau.
Herr Prof. Dr. Freese, Halle.
Herr Dr. R. Hoffmann, Dresden.
Herr Staatsrath Geheimrath Prof. Dr. v. Bruns, Tübingen.

Die mit * versehenen Berliner Herren bilden den Arbeitsausschuss.

Personalnachrichten.

Dr. Desidér von Navratil hat sich in Budapest für Laryngologie und Rhinologie habilitirt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, October. 1910. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Eine Discussion über die neuen Fortschritte in der Erkennung und Behandlung von Krankheiten der oberen Luftwege. (A symposium on the recent progress in knowledge and treatment of diseases of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record. 7. Mai 1910.*

Henry L. Swain. Nase und Nasennebenhöhlen. (Nose and accessory nasal sinuses.)

Verf. spricht über die Nase als Schutzorgan, über Ozaena, Heufieber, über die Fortschritte in der Kenntniss von der Anatomie der Nebenhöhlen und deren Behandlung.

2) **W. K. Simpson. Mundrachen und Nasenrachen. (Oro-pharynx and naso-pharynx.)**

Verf. erwähnt das Hays'sche Pharyngoskop, dem er grosse practische Bedeutung beilegt; er bespricht ferner die Vincent'sche Angina, rühmt die Anwendung von Calciumlactat zur Verhütung von Blutungen und wirft die Frage auf, ob eine regelrecht vorgenommene Tonsillotomie nicht ebenso gut sei, wie die durchschnittliche Tonsillectomie.

3) **Sidney Jankauer. Kehlkopf, Trachea und Bronchien. (The larynx, trachea and bronchi.)**

Verf. findet, dass die ursprünglich von Killian angegebene Beleuchtung mittels Stirnlampe am besten sei; für die directe Laryngoskopie rühmt er auch das Jackson'sche Instrumentarium als sehr bequem. Er erwähnt die neueren Methoden der intrathoracalen Chirurgie, ferner das primäre Sklerom des Larynx

und der Regio subglottica, das mittels Application von Röntgenstrahlen von der Tracheotomiewunde aus geheilt werden kann.

Harmon Smith wendet sich gegen die Anwendung von Kochsalzausspülungen der Nase oder Anwendung antiseptischer Lösungen daselbst, da durch Fortspülen des Schleims die Nase ihrer natürlichen Schutzmittel beraubt würde; er spricht dann über die conservative und radicale Behandlung der Nebenhöhlen, wobei er der ersteren das Wort redet. Er betrachtet es als einen Fehler, die submucöse Septumresection bei Kindern unter 14 Jahren vorzunehmen.

L. A. Coffin hält die Radicaloperation für das beste Mittel, um prompte und dauernde Resultate zu erzielen.

L. A. Frissell spricht über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionen. Er unterscheidet: Locale Infectionen, die constitutionelle Störungen durch Resorption von Toxinen verursachen (z. B. Anginen) und Erkrankungen, die durch die Invasion von Bakterien in den Körper verursacht werden (z. B. Tuberculose und Sepsis).

Chas. A. Elsberg spricht über die Bedeutung der Bronchoskopie für die intrathoracale Chirurgie.

Emil Mayer sagt, dass sein Fall von Trachealsklerom, der durch wiederholte Einführung des bronchoskopischen Rohres augenscheinlich geheilt wurde, seines Wissens der erste derartige auf diese Weise behandelte war; Patient ist jetzt so tolerant geworden, dass das Bronchoskop in ein paar Secunden eingeführt werden kann.

Walter J. Chappell hat in den letzten Jahren zwei Fälle von Kehlkopfpapillomen gesehen, wo die Erkrankung unter völliger Stimmruhe zurückging.

EMIL MAYER.

4) **Jacobitz** und **Heinrich Kayser. Säurefeste Bacillen in Blasinstrumenten und ihre Bedeutung für die Diagnostik.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1910.*

Gelegentlich des Nachweises von Tuberkelbacillen bei einem erkrankten Trompeter untersuchten Autoren die Blasinstrumente (sowohl Metall- wie Holzinstrumente) mehrerer Militärkapellen und konnten in sämmtlichen Metallinstrumenten eine Ueberschwemmung der Innenauskleidung mit säurefesten, den Tuberkelbacillen ähnlichen Stäbchen nachweisen, die jedoch die weiteren Züchtungs- und Impfversuche als sicher nicht tuberculöser Natur erwiesen. Die gleichen säurefesten Bacillen konnten auch in Holzinstrumenten, aber viel spärlicher wie in den Metall-Blasinstrumenten nachgewiesen werden. Ebenso liessen sich auch im Mundspeichel und ausgehusteten Rachenschleim der Blasenden wiederholt solche säurefesten Bacillen nachweisen, welche sicher keine Tuberkelbacillen waren. Ueber Biologie und Herkunft der Bacillen sind Autoren noch zu keiner Klarheit gekommen. Jedenfalls ist im Hinblick auf diese Befunde bei diagnostischen Schlüssen auf Grund des mikroskopischen Bildes Vorsicht am Platze, um diagnostische Irrthümer und Fehlschlüsse zu vermeiden. Nur der Thierversuch kann in solchen Fällen die Diagnose sichern.

HECHT.

5) **Eduard Holman Skinner. Die Röntgenstrahlen für die Diagnose von Störungen in Auge, Ohr, Nase und Hals. (The possibilities of the x-ray in the diagnosis of eye, ear, nose and throat disturbances.)** *Journal Missouri State Medical Association. Juni 1910.*

Verf. erörtert die verschiedenen Möglichkeiten der diagnostischen Anwendung der Röntgenstrahlen auf den betreffenden Gebieten. EMIL MAYER.

6) **J. S. Bruske** (Amsterdam). **Trigeminusneuralgie. Meine Erfahrungen mit der Alkoholtherapie. (Trigeminusneuralgie. Mijn ervaringen met de alcoholtherapie.)** *Handelinger Nederl. Taudheelk. Congres, Amsterdam. S. 61. 1910.*

Die Diagnose reiner Quintusneuralgie kann erst nach Ausschluss einer oft vorhandenen dentalen Ursache gestellt werden. B. hat in 40 Fällen von Neuralgie des II. und III. Trigeminusastes periphere Alkoholinjectionen angewendet mit fast immer ausgezeichneten Resultaten. Nach sorgfältiger Localisation des afficirten Nervenastes wird von einer auf 55° C. erhitzten 90proc. Alkohollösung 1 ccm injicirt. Die Nadel wird in das Zahnfleisch eingestochen in der Richtung des Austrittspunktes des Nerven aus dem Knochen. Für den II. Ast oberhalb des zweiten Prämolars nach dem Foramen orbitale oder hinter der Tuberositas maxillaris in der Richtung des Foramen maxillare superius (N. alveol. sup. post.); für den III. Ast nach dem Foramen mentale, oder zum Foramen palatinum majus, palatinal vom zweiten oberen Molarzahne oder auch im Zahnfleisch der lingualen Seite des Unterkiefers am Sulcus myohyoideus, für die Verästelung des N. lingualis.

Die Injection ist ziemlich schmerzhaft. Es folgt ein Oedem, das 4 Tage bis 3 Wochen anhält. In der Mehrzahl der Fälle ist der Schmerz unmittelbar nach der Einspritzung verschwunden und hat einer Ertäubungsempfindung Platz gemacht. Einige Patienten haben während einiger bis 8 Tage eine schmerzhafte Reaction, welche von absoluter Schmerzlosigkeit gefolgt ist. H. BURGER.

7) **H. K. Offerhaus** (Groningen). **Die Behandlung von Neuralgien mit Einspritzungen und die Technik dieser Einspritzungen in die Trigeminusstämme und das Ganglion Gasseri. (De behandeling van newralgieën met inspuitingen en de techniek dezer inspuitingen in de trigeminusstammen en het ganglion Gasseri.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1910.*

Auf genauen Schädelmessungen sich stützende sorgfältige Arbeit über die Technik der tiefen Einspritzungen bei Trigeminusneuralgie. Für die Praxis räth O., mit der Einspritzung einiger Tropfen 80proc. Alkohols in die peripheren Foramina anzufangen. Bleibt der Erfolg aus, so gehe man zu tiefen Einspritzungen über. Localanästhesie genügt dabei vollständig. H. BURGER.

8) **A. Martin. Ein Fall von Aktinomykose beim Menschen. (Un caso de actinomicosis humana.)** *Revista barcelonesa de enfermededas de la garganta. No. 16. 1909.*

30jähriger junger Mann mit prälaryngealen und prätrachealen Abscessen, die seit 3 Monaten bestanden und sich zeitweise öffneten und wieder schlossen, ohne dass Schmerz, aber auch ohne dass Tendenz zur Besserung bestanden hätte.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab Aktinomykose. Auskratzung der Abscesse; Jodkali; Heilung. TAPIA.

9) **Victor Veau** und **Eug. Olivier. Die Abtragung der Thymus. (L'ablation du thymus.)** *Presse Médicale. No. 29. 1910.*

Die Autoren empfehlen ausschliesslich die intracapsuläre Ausschälung der Thymus und verwerfen alle anderen Operationsmethoden entweder als überflüssig und complicirend, z. B. die Exothymopexie, oder als unzureichend, wie die blosse Resection des Manubrium sterni. Die allgemeine Narkose ist ohne jeden Zwischenfall in den vier Fällen der Autoren vorgenommen worden. Die Operation ist gegen alles Erwarten leicht und ohne besondere Störung des Allgemeinzustandes ausführbar. Was die endgültigen Resultate anlangt, scheint die Abtragung der Thymus ohne schädliche Wirkung auf die Entwickelung zu sein. Folgt die Besprechung der Technik. LAUTMANN.

10) **D'Oelsnitz. Die klinischen Zeichen der Thymushypertrophie. (Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus.)** *Presse Médicale. No. 29. 1910.*

Die functionellen Symptome der Hypertrophie der Thymus sind hauptsächlich durch eine permanente Dyspnoe, die mit Cyanose einhergeht, charakterisirt. Von Zeit zu Zeit gesellen sich suffocatorische Anfälle hinzu. Hingegen sind der Glottisspasmus, die Laryngitis stridulosa und der Stridor laryngis von der Anschwellung der Thymus vollständig unabhängig. Die Inspection und Palpation der oberen Thoraxgegend gestattet, wahrscheinlich in allen Fällen, eine Auftreibung zu constatiren. Diese Auftreibung ist einseitig und occupirt die Gegend der Rippenknorpel, wenngleich Myers auch eine Auftreibung des Manubrium sterni beschrieben hat. Die radiologische Untersuchung ist sehr werthvoll. Der von der Thymus herrührende Schatten deckt sich stets mit der Gegend der Auftreibung. D'Oelsnitz spricht nicht von anderen, durch die Modification der inneren Secretion der Thymus herrührenden Störungen. Es scheint, dass der Thymus eine solche innere Secretion entweder gar nicht oder doch nur in sehr beschränktem Maasse zukommt. Damit decken sich auch die Resultate, die Lucien und Parisol im Thierexperiment gefunden haben (Lucien und Parisol, Arch. de méd. expérim. 1910. Vol. XXII. No. 1. p. 98). Die Diagnose der hypertrophischen Thymus ist schwer. Es muss nach derselben in jedem Falle von respiratorischer Störung beim Kinde gefahndet werden. LAUTMANN.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Meyjes** (Amsterdam). **Nasenleiden als Folge von Hyperacidität des Blutes.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 2. S. 581.*

Da M. die Rhinitis vasomotoria fast durchwegs nur bei Patienten der besseren Stände fand, so kam er auf den Gedanken, dass die Ursache der erhöhten Reizbarkeit der Nasenschleimhaut in zu reichlicher und einseitiger Nahrung liege. Alle seine Patienten mit Rhinitis vasomotoria hatten stark sauren Harn.

Verf. bestimmte nun bei 10 Männern und 11 Frauen, die alle an Rhinitis vasomotoria litten, den Säuregrad des Urins nach der Methode Nägeli-Schit-

tenhelm-Folin und fand durchwegs einen abnorm hohen Säuregehalt. Bei Regulirung der Diät sank der Säuregrad und war nach 3—4 Wochen eine Besserung des Nasenleidens zu constatiren.

OPPIKOFER.

12) **Greenfield Sluder. Die Rolle des Ganglion sphenopalatinum bei nasalen Kopfschmerzen. (The role of the sphenopalatine Ganglion in nasal headaches.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Mai 1908.*

Die enge nachbarliche Beziehung des Ganglion sphenopalatinum zu den Nebenhöhlen und der äusseren Nasenwand legt die Annahme nahe von der Möglichkeit, dass es bei Entzündungen dieser Theile secundär in Mitleidenschaft gezogen wird. Auch stimmt die Vertheilung der Nervenfortsätze dieses Ganglions genau überein mit vielen von den Stellen, an die die Patienten ihre Schmerzen localisiren.

Verf. fand, dass die Lage des Ganglions wechselt: bisweilen liegt es tiefer, bisweilen oberflächlicher zu der äusseren Wand der Nase; bisweilen in enger Beziehung zur Spitze der Highmorshöhle, bisweilen nahe der Keilbeinhöhle, bisweilen nahe zum hinteren Siebbeinlabyrinth; bisweilen höher, bisweilen tiefer.

Verf. anästhesirte das Ganglion oder versuchte es wenigstens, indem er einen ganz kleinen Wattetampon, der einen Tropfen 20 proc. Cocainlösung enthielt, genau hinter das hintere Ende der mittleren Muschel legte. Er fand, dass bei manchen Patienten alle Beschwerden völlig verschwanden, bei anderen wurden alle Symptome beseitigt, bis auf Schmerzen im Nacken, bei anderen versagte es. Die verschiedene Wirkung erklärt Verf. durch die verschiedene Lage des Ganglion. Bei 9 von 10 Fällen brachte eine Aetzung mit 2 proc. Argentum- oder $^1/_2$ proc. Formaldehydlösung Verschwinden oder Nachlassen der Schmerzen.

LEFFERTS.

13) **Greenfield Sluder. Die anatomischen und klinischen Beziehungen des Meckel'schen Ganglion sphenopalatinum zur Nase und ihren Nebenhöhlen. (The anatomical and clinical relations of the sphenopalatine [Meckel's] ganglion to the nose and its accessory sinuses.)** *N. Y. Medical Journal. 14. August 1909.*

Der Inhalt des werthvollen, dnrch Abbildungen erläuterten Artikels ist im Titel enthalten.

LEFFERTS.

14) **Arthur J. Weil. Nasale Ursachen für Kopfschmerzen. (Nasal causes of headaches.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Mai 1909.*

Verf. theilt die Nasenkrankheiten, durch die Kopfschmerzen verursacht werden, in drei Gruppen: erstens diejenigen Affectionen, durch die Behinderung der Nasenathmung bedingt wird, zweitens in Zustände, bei denen ein Theil des Naseninnern gegen den anderen einen Druck ausübt und drittens die Nebenhöhlenaffectionen.

EMIL MAYER.

15) **W. Freudenthal** (New York). **Die intracraniellen Complicationen nasalen Ursprungs.** (Vortrag auf dem Internationalen medicinischen Congress in Budapest.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

Verf. giebt die Mittheilung mehrerer Fälle, die intracranielle Complicationen vor der Operation zeigten:

1. Acutes Empyem des Sinus frontalis; diffuse eitrige Erkrankung des Frontallappens; späte Operation. Exitus letalis.

2. Sinusitis frontalis nach Influenza. Extradurale Eiteransammlung. Abscess des Frontallappens. Heilung nach Operation.

3. Acutes Empyem des Sinus sphenoidalis, Uebergreifen auf die anderen Nebenhöhlen und Abscess des Schläfenlappens (und des Frontallappens?). Operation. Section nicht gestattet.

4. Regionäre Metastase, vom Sinus frontalis (und sphenoidalis?) ausgehend. Operation. Anfänglich Besserung, später Exitus.

Im zweiten Theil der Arbeit werden Fälle intracranieller Complicationen beschrieben, die nach der Radicaloperation auftraten.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

16) **Wolff Freudenthal. Endocranielle Complicationen nasalen Ursprungs. (Endocranial complications of nasal origin.)** *The Laryngoscope. Januar 1910.*

Verf. berichtet über seine persönlichen Erfahrungen, vier Fälle von cerebralen Erkrankungen nasalen Ursprungs und zwei Fälle von postoperativer Infection. (Vorgetragen auf dem Internationalen Congress, cfr. Centralblatt dieser Band, S. 423.)

Wenn von der ersten Serie von vier Fällen nur einer durch Operation gerettet werden konnte, so liegt dies zum Theil daran, dass diese Fälle zu spät in Behandlung kamen; Verf. erwartet bessere Resultate für die Zukunft, wenn man mehr Erfahrungen auf diesem Gebiete gesammelt haben wird.

EMIL MAYER.

17) **Ross Hall Skillern. Die Bedeutung der rhinologischen Untersuchung in allen Fällen von Meningitis zweifelhaften Ursprungs. (The importance of rhinological examination in all cases of Meningitis of doubtful origin.)** *The Pennsylvania Medical Journal. August 1909.*

Verf. bezeichnet als prädisponirende Ursache congenitale Defecte in den knöchernen Sinuswandungen; als excitirende Ursachen bezeichnet er: Verschluss des Abflusses aus der Höhle; besondere Virulenz des infectiösen Materials. Er bespricht dann diese Ursachen und den Entstehungsmodus der nasalen Meningitis im Einzelnen.

EMIL MAYER.

18) **L. Bloch. Polypen als Prothese. (Polipi w katschestwe protesa.)** *Jeshemesjatschnik. No. 5. 1909.*

Nasenpolypen lagerten sich in die Perforationsöffnung des harten Gaumens, wodurch die Sprache wenig alterirt wurde.

P. HELLAT.

19) **Moure** und **Pierre-Nadal. Die Osteo-Chondrome der Nasenhöhlen. (Des ostéo-chondromes des fosses nasales.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 18. 1910.*

Klinisch machte der Tumor des 40jährigen Mannes den Eindruck eines Sarkoms. Die mikroskopische Untersuchung, die den wesentlichen Theil des Aufsatzes ausmacht, zeigte, dass es sich um einen Mischtumor handelte, der aus Knorpel- und Knochensubstanz besteht. Die Autoren möchten für solche Tumoren den Namen Skeletom vorschlagen, um anzuzeigen, dass der Tumor die verschie-

denen Elemente des Skelettes nachahmt. Auch unter diesen Skeletomen würden noch Unterabtheilungen nothwendig werden, je nachdem die Natur des knöchernen oder knorpeligen Antheils deutlich erkennbar ist oder nicht. Es scheint, dass die Osteochondrome der Nase grosse Seltenheiten sind und in absteigender Häufigkeit ihren Ursprung dem Septum, den Oberkieferknochen und dem Siebbein verdanken. Die relative Gutartigkeit dieser Tumoren ist schon vielmals hervorgehoben worden. Auch der Fall der Autoren ist $1^1/_2$ Jahre nach der Operation noch nicht recidivirt. Es ist nun wichtiger, auf die Gutartigkeit dieser Tumoren aufmerksam zu machen, da sie zur Zeit der klinischen Beobachtung manchmal gar leicht zur Stellung einer üblen Prognose verleiten, was sich später nicht bewahrheitet.

LAUTMANN.

20) **O. Uffreduzzi. Endothelioma lymphaticum der Nasenhöhle. (Endotelioma linfatico del cavo nasale.)** *Clinica Chirurgica. 1909.*

Verf. betont die Seltenheit dieser Fälle, giebt einen Ueberblick über die bisher berichteten und theilt folgenden Fall eigener Beobachtung mit:

Ein 16jähriger junger Mann leidet seit 7 Jahren an recidivirenden rechtsseitigen Nasenpolypen, die verschiedentlich extrahirt worden waren. Schliesslich fand sich bei ihm in der rechten Nase ein grau-röthlicher, blutender, theilweise ulcerirter Tumor in Höhe der mittleren Muschel; er war gestielt und inserirte dem Periost der Lamina cribrosa des Siebbeins. Patient wurde radical von aussen operirt und geheilt.

Mikroskopisch erwies sich der Tumor von alveolärer und tubulöser Structur; in den mit Geschwulstelementen gefüllten Alveolen finden sich Stellen mit hyaliner Degeneration; die Elemente selbst haben die Neigung, sich in der Nachbarschaft des Stromas in Schichten anzuordnen und abzuplatten und sind jenem intim adhärent. Es besteht Neigung zu localem Recidiv und Invasion der Nachbargewebe; keine Ausbreitung auf die regionären Lymphorgane.

CALAMIDA.

21) **L. Katz** (Kaiserlautern). **Ueber das endonasale Carcinom. (Mit Betrachtungen über das Wachsthum epithelialer Elemente in der Nase.)** *Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 3. S. 1. 1910.*

Carcinome der Nasenschleimhaut sind selten. Diese Thatsache erklärt sich K. durch den Umstand, dass die Nasenschleimhaut reich an adenoidem Gewebe ist: alle diejenigen Körperorgane, die reichlich adenoides Gewebe enthalten, wie Nasenschleimhaut, Milz, Dünndarm, Lymphdrüsen, Tonsillen, sind nur höchst ausnahmsweise der Sitz eines primären Carcinoms.

Die Carcinome des Naseninnern haben nur geringe Tendenz zur Metastasenbildung. Die Lymphbahnen haben, wie aus den Untersuchungen von Most hervorgeht, einen relativ weiten Weg bis zu ihrem Drüsengebiet. Zudem ist das Drüsengebiet ziemlich versteckt und der Palpation wenig zugänglich. Die geringe Neigung zur Metastasenbildung glaubt sich aber K. hauptsächlich durch die örtlichen Verhältnisse erklären zu müssen: das Wachsthum des endonasalen Carcinoms ist vorerst ein expansives und weniger ein infiltratives. Durch Eindringen in lebenswichtige Organe tritt der Tod ein, bevor die Geschwulstmassen durch die sich mehrenden Widerstände in die Lymphbahnen gedrängt werden.

Bei einer 53jährigen Frau beobachtete Verf. ein Hautcarcinom des Nasenrückens mit Infiltration ins Naseninnere und ein Carcinom der rechten unteren Muschel. Der Hautkrebs und das Muschelcarcinom erwiesen sich als Basalzellenkrebs. K. fasst das Carcinom der unteren Muschel auf als seltenen Fall eines secundären, nicht metastatischen Carcinomes, als sog. Abklatschcarcinom. Trotz der Gründe, die Verf. angiebt, erscheint dem Referenten doch die Annahme, die auch der Autor in Betracht zieht, näherliegend, dass das Carcinom des Nasenflügels per continuitatem in die untere Muschel hineingewachsen ist.

OPPIKOFER.

22) **J. Price-Brown. Einige neue Fälle von Nasensarkom; eine Ergänzung einer früheren Arbeit. (Some recent cases of nasal sarcoma, submitted as a corollary to a former paper upon the same subject.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

Cfr. Verhandlungen der 31. Jahresversammlung der American Laryngological Association 1909.

EMIL MAYER.

23) **D. J. Gibb Wishart. Maligne Nasenkrankheit. (Malignant disease of the nose.)** *The Canada Lancet. August 1909.*

Was die persönlichen Erfahrungen des Verf.'s anbelangt, so war in seinen Fällen — vier Sarkome, ein Carcinom und ein pathologisch-anatomisch bisher nicht identificirter Tumor, der aber auch ein Sarkom sein dürfte — einmal die Möglichkeit gleichzeitiger Syphilis gegeben. Die Annahme, dass gewöhnliche Nasenpolypen infolge wiederholter operativer Eingriffe eine maligne Umwandlung eingehen könnten, kann nur für einen Fall zutreffen, jedoch stellt sie Verf. auch da in Abrede. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 41 Jahre.

EMIL MAYER.

24) **J. Price-Brown. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Canada Journal of Medicine and Surgery. Januar 1910.*

Der Tumor entsteht nach den Erfahrungen des Verf.'s meist in den Weichtheilen und ist gestielt; Recidive treten in der Region des Stieles auf.

EMIL MAYER.

25) **G. Paludetti. Nasensarkom bei einem dreijährigen Mädchen. (Sarcoma nasale in bambina di tre anni.)** *Arch. Ital. Otol. No. 4. Vol. XXI.*

Das Sarkom hatte seinen Ausgangspunkt wahrscheinlich in der linken Nasenhöhle, war nacheinander in die Nebenhöhlen, die Schädelbasis hineingewachsen und hatte zur Bildung metastatischer Herde in den Cervicalganglien geführt.

Bemerkenswerth ist die grosse Rapidität der Entwickelung der Geschwulst, die ein wenig mehr als $1^1/_2$ Monate seit dem Auftreten der ersten Erscheinungen zum Tode führte.

CALAMIDA.

26) **George J. Ross. Myxosarkom der Nase bei einem dreijährigen Kind. (Nasal myxosarcoma in a child of three years.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1909.*

Der Tumor wurde in Allgemeinnarkose mit Scheere und Elektrokauter ent-

fernt. Es fand sich, dass er diffus dem Septum an der Grenze zwischem dem knorpeligen und knöchernen Bestandtheil aufsass. Nach zwei Wochen Recidiv; dieses wurde wieder entfernt und dies wiederholte sich fünfmal, wobei jedes Recidiv kleiner wurde, als das vorhergehende. EMIL MAYER.

27) **Robert Sonnenschein** (Chicago). **Ein langdauernder Fall von Sarcoma nasi.** (Aus der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten zu Königsberg i. Pr.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 528.*

Es handelt sich histologisch um die bösartigste der Sarkomformen: das kleinzellige Rundzellensarkom. Der Ausgangspunkt ist das Septum. Das seltene wie räthselhafte Verhalten liegt darin, dass die Geschwulst, durch entsprechende Eingriffe in Schranken gehalten, 11 Jahre hindurch weder dem befallenen Organ, noch dem Gesammtorganismus etwas besonderes anhaben konnte. Erst jetzt, am Beginn des zwölften Jahres, beginnt ein rapideres Wachsthum.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

28) **James Wayson** und **A. C. Reinecke. Eine Palliativbehandlung gegen lepröse Rhinitis. (A palliative treatment for leprous rhinitis,)** *Annals Medical Practitioner. Januar 1910.*

Epistaxis und Nasenverstopfung begegnet man bei zwei Dritteln der in Hawaii behandelten Leprösen. Verf. empfiehlt die Anwendung eines Sprays von Osatozon und Chloreton in Petrolat. liquid, unter dessen Anwendung die Geschwüre am Septum heilen, die Leprabacillen im Nasensecret sich an Zahl vermindern oder verschwinden sollen. EMIL MAYER.

29) **Walter R. Brinckerhoff** und **W. L. Moore. Die Bedeutung der Nasensecretionen für die Diagnose der Lepra. (The significance of the nasal secretions in the diagnosis of leprosy.)** *N. Y. Medical Record. 20. September 1909.*

Verff. haben bei ihren Untersuchungen folgende Fragen sich zur Beantwortung gestellt: 1. Kann die systematische Untersuchung des Nasenseptums und des Nasensecrets Fälle von Lepra aufdecken, die durch andere Untersuchungsmethoden nicht aufgefunden wurden? 2. Wenn ein Fall von Lepra im Frühstadium unter Beobachtung ist, kann behauptet werden, dass dieser Fall durch Untersuchung des Nasenseptums und der Nasensecrete allein hätte entdeckt werden können? Die Untersuchungen der Verff. stützen sich auf die in sieben öffentlichen Anstalten in Hawaii an 467 Eingeborenen gemachten Beobachtungen. Aus den Schlussfolgerungen, zu denen Verff. gelangen, sei Folgendes hervorgehoben: Wenn eine vollständige physikalische Untersuchung aller Individuen einer auf Lepra verdächtigen Klasse nicht durchführbar ist, dann kann die Untersuchung des Nasenseptums und der Nasensecrete insofern sich werthvoll erweisen, als dadurch die Erkennung des am meisten gefährlichen Krankheitstypus ermöglicht wird, wenn auch nicht alle Fälle der Erkrankung bei den beobachteten Individuen dadurch aufgedeckt werden können. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

30) **M. M. Wolff** (Herzogenbusch). **Demonstration eines Schädel-Röntgenogramms eines Neugeborenen mit Ankylose des Kiefergelenkes.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 888. 1910.*

Das Kind war bei der Aufnahme $2^1/_2$ Monat alt. Es war gut entwickelt, nur konnte es den Mund nicht öffnen; die normal gebildeten Kiefer waren fest verschlossen. Es gelang, die Mundöffnung etwas zu dilatiren. Das Röntgenogramm zeigt deutlich die Ankylose; man sieht nicht die Spur eines Gelenkes.

H. BURGER.

31) **Pachouski. Glossitis papillosa acuta. (Guzkowe ostre zapalenie jezyka.)** *Przeglad lekarski. No. 14. 1910.*

Bei einer 28jährigen Frau stellten sich seit einigen Tagen dauerndes Frösteln und progressive Schlingbeschwerden ein, welche schliesslich eine vollständige Dysphagie darstellten. Bei der Untersuchung der Zunge wurde Oedem wahrgenommen, auch auf der dorsalen Fläche zahlreiche graugelbe, schmerzlose, harte Knötchen von Bohnengrösse nachgewiesen. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurde Reincultur des Staphylococcus pyogenes aureus festgestellt. Nach zweiwöchiger, fast indifferenter Behandlung verschwand die Schwellung wie auch die oben beschriebenen Knötchen. Am ersten Tage bestand Fieber (bis 38°), welches ebenfalls nach einigen Tagen verschwand. Die Patientin genas.

A. v. SOKOLOWSKI.

32) **Gautz. Ein Fall von Glossomycosis benigna. (Przypadek grzybicy lagodnej jezyka.)** *Medycyna. No. 26. 1910.*

Verf. beschreibt einen Fall von Mycosis linguae, der bisher angeblich in der Literatur noch nicht beschrieben wurde. Verf. fand bei einer 30jährigen Frau, welche seit einigen Wochen über Schlingbeschwerden und bedeutenden Speichelausfluss klagte, auf der Zunge, und zwar auf deren rechten Seite, einen weissen, einige Millimeter dicken Belag, der an der Zunge ziemlich fest anhaftete. Das Abschaben des Belages ging schwer vor sich und war schmerzhaft. In den übrigen Organen des oberen Respirationstractus bestanden keine nachweisbaren Veränderungen.

Die Kranke fieberte nicht. Die Behandlung bestand in Beseitigung des Belages mittels Scheere, Bepinselung mit Jodvasogen und Gurgeln mit H_2O_2. Impfung des Belages auf Glycerinagar fiel negativ aus; die mikroskopische Untersuchung ergab dagegen typischen Lepthotrix und ein Pilzgewebe, das aus radial verlaufenden Fäden ohne Verdickung an ihren Enden bestand. Das Pilzgewebe färbte sich nicht nach der Methode Gram's, wodurch es sich von der Aktinomykose unterschied.

Verf. schlägt für das von ihm beschriebene Leiden den Namen „Glossomycosis benigna“ vor.

A. v. SOKOLOWSKI.

33) **Chas. S. Potte. Ein Fall von Tic der Zunge. (A case of tic of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 22. Januar 1910.*

Patient hatte vor 20 Jahren eine Hauterkrankung in der Nähe des Mundes;

um sich Erleichterung zu verschaffen, begann er die Zunge herauszustrecken. Allmählich wurde dies zur Gewohnheit, und jetzt bestehen Anfälle, in denen Patient aus einem unwiderstehlichen Drang den Mund weit öffnet und die Zunge so weit wie möglich herausstreckt.

EMIL MAYER.

34) **Friedrich Hanszel** (Wien). **Angeborene cystische Erweiterung des Ductus thyreeglessus.** *Mit 1 Figur. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 4. 1910.*

Mittheilung eines Falles von „cystischer Erweiterung des persistirenden Ductus thyreoideus und mit ihm communicirend gleichzeitig auch cystischer Erweiterung einer der seitlichen Verzweigungen des Ductus lingualis", die zu einer circa walnussgrossen, median gelegenen Geschwulst aussen am Halse in der Gegend des Zungenbeines und der oberen Incisur des Schildknorpels, sowie zu einer etwa hühnereigrossen Geschwulst im linken Hypopharynx führten. Der Tumor hatte Sprach- und Athemstörungen im Gefolge. Operation von aussen führte zur Heilung. Mittheilung des bakteriologischen Befundes des exstirpirten Cystensackes. Der Tumor machte sich nach einem Partus bemerkbar und nahm anschliessend an einen zweiten Partus an Grösse zu, wohl als Folge innerer Blutungen infolge des starken Pressens, mit consecutiven Entzündungsvorgängen bezw. cystischer Erweiterung. Anschliessend entwickelungsgeschichtliche und histologische Erörterungen.

HECHT.

35) **M. Leuler. Ueber die Strumen am Zungengrund. (Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue.)** *Dissert. Paris 1909.*

Verf. hat 41 Fälle von Zungenstruma aus der Litteratur zusammengestellt und theilt zwei eigene Beobachtungen aus der Klinik von Sébileau mit.

Bei dem ersten Falle (14jährige Patientin) wurde die Zungenstruma von Kirschgrösse zufällig bei der laryngologischen Untersuchung entdeckt. Bei der zweiten Beobachtung (18jährige Patientin) führte die taubeneigrosse Struma am Zungengrund verschiedene Male zu Blutungen. Eine mikroskopische Untersuchung wurde bei beiden Fällen nicht vorgenommen und ein operativer Eingriff war wegen der geringen Beschwerden auch im zweiten Falle nicht nothwendig. Bei beiden Patienten fehlte die Schilddrüse und bestand Myxödem, das ohne wesentlichen Erfolg mit Schilddrüsentabletten behandelt wurde.

OPPIKOFER.

36) **J. Brunel. Die Behandlung des Zungenkrebses und ihre Resultate. (Le traitement du cancer de la langue et ses résultats.)** *Dissert. Montpellier 1908.*

B. zählt vorerst die verschiedenen Operationsmethoden des Zungenkrebses auf und bespricht dann ihre Gefahren: die Mortalitätsziffer schwankt in den zahlreichen Statistiken in weiten Grenzen; sie beträgt durchschnittlich 12 pCt. Auch die Procentzahl der Dauerheilungen wird von den verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben; sie bewegt sich nach den Statistiken, die B. zusammengestellt hat, zwischen 3,8 und 33,3 pCt., durchschnittlich 18—20 pCt. Dauerheilungen.

OPPIKOFER.

37) **P. Reclus** (Paris). **Einfaches Verfahren zur Abtragung von Zungenkrebsen. (Procédé simple pour l'ablation des cancers de la langue)** *Gazette des Hôpitaux. 10. März 1910.*

Es handelt sich bei den Ausführungen des Verf.'s nur um kleine, umschriebene Carcinome, die weder die Gaumenbögen noch den Mundboden mit ergriffen haben. Verf. benutzt einfach die Cocainanästhesie. Die Originalität des Verfahrens besteht in der Art der Blutstillung. Diese wird dadurch erzielt, dass auf die Zunge mittels zweier in ihre Spitze eingeführter Fäden ein starker Zug ausgeübt wird und dass die durchschnittenen Theile sofort durch Naht vereinigt werden.

GONTIER de la ROCHE.

38) **Sanchez Calvo. Stein des Wharton'schen Ganges. (Calculo del canal de Wharton.)** *Boletin de Laringologia etc. Juli-August 1909.*

Der Stein hatte die Grösse einer Nuss.

TAPIA.

39) **George J. Welch. Speichelsteine. (Salivary calculi.)** *N. Y. Medical Record. 26. März 1910.*

W. berichtet über einen Fall, in dem ein Speichelstein in dem Ductus Whartonianus zuerst für ein inoperables Carcinom gehalten wurde. Wahrscheinlich hatte der Druck einer Zahnplatte auf den Mundboden zu einer Cellulitis geführt, durch welche die Ausführungsgänge der Drüse verschlossen wurden.

EMIL MAYER.

40) **Isabella C. Herb. Experimentelle Parotitis. (Experimental Parotitis.)** *The Archives of Internal Medicine. 15. September 1909.*

In einem Fall von Mumps wurde ein Diplococcus isolirt, der dem von Laveran und Catlin beschriebenen entsprach. Injectionen dieses Mikroorganismus in den Ductus Stenonianus von Hunden und Affen bewirkten eine diffuse nicht eitrige Parotitis.

EMIL MAYER.

41) **C. H. Mc Kenna** und **D. J. Davis. Chronische eitrige Parotitis, verursacht durch den Streptococcus mucosus capsulatus. (Chronic suppurative Parotitis caused by the Streptococcus mucosus capsulatus.)** *Journal American Medical Association. 1. Januar 1909.*

Da die Schwellung den Eindruck machte, als ob es sich um Sarkom handele, so wurde zur mikroskopischen Untersuchung ein Stück entfernt; dabei entleerte sich aus der Tiefe der Drüse etwas Eiter. Culturen ergaben eine Reincultur des Streptococcus mucosus capsulatus.

EMIL MAYER.

42) **J. Garland Shevill. Tumor der Parotis. (Tumor of the parotid gland.)** *Kentucky Medical Journal. 15. October 1909.*

36jähriger Mann, der vor 10 Jahren ein kleines Knötchen hinter dem rechten Kieferwinkel hatte; vor 4 Jahren hatte es die Grösse eines Eies erreicht und wurde entfernt. Ein Recidiv wurde mit Röntgenstrahlen behandelt, erreichte aber trotzdem die Grösse einer Cocusnuss. Untersuchung ergab, dass die Geschwulst den Gaumen nach vorne und die seitliche Pharyxwand nach innen vorwölbte; nochmalige Entfernung des Tumors zugleich mit allen Lymphdrüsen.

EMIL MAYER.

43) **George B. Wood. Einige Gedanken über die Pathologie der acuten Tonsillitis. (A few thougts concerning the pathology of acute Tonsillitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Verf. unterscheidet vom pathologischen Standpunkt aus drei Typen von acuter Tonsillitis: Eine proliferirende Form mit Zunahme in fast allen zelligen Elementen der Tonsille; eine lacunäre Form, bei der sich die schwersten Veränderungen finden, und eine eitrige Form mit Abscessbildung. Diese verschiedenen Formen sind im Allgemeinen mit einander vergesellschaftet, doch kann jede von ihnen prädisponiren.

EMIL MAYER.

44) **R. H. Good. Frühimmunisirung, die wesentliche Function der Tonsille. (Early immunization the essential function of the tonsil.)** *The Laryngoscope. Juni 1909.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass bei Kindern unter 3 Jahren mit Rücksicht auf die immunisirende Function der Tonsillen nur ein Theil entfernt werden darf, dass nur erkrankte Tonsillen enucleirt werden sollen, denn wenn eine Tonsille pathologisch geworden ist, so wird ihre Function verändert und sie wird zur Eingangspforte für Allgemeininfectionen.

EMIL MAYER.

45) **Jonathan Wright. Ein Resumé über einige Arbeiten, betreffend die Infection durch die Tonsillarkrypten. (A resumé of some work on infection through the tonsillar crypts.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Das Experiment hat es evident erscheinen lassen, dass eine Art Gleichgewicht besteht zwischen dem Epithel der Krypten und den mit ihm in Contact kommenden fremden Stoffen, wenn diese protoplasmatischer Natur sind. Die Erscheinung, dass Staub, der über eine Lage von Bakterien auf dem Epithel verstreut wird, durch jene und durch das Epithel hindurch zu dem darunter gelegenen lymphatischen Gewebe gelangt, ohne irgend welche Keime von gleicher oder geringerer Grösse mit sich zu führen, ist sehr auffallend. Es sind auch Experimente mit fettigen Substanzen angestellt worden. Es trat prompte Verseifung und Resorption ein als Resorption von Staub. Man sah, dass weder Staub noch Bakterien in andere Zellen als Epithelien und Leukocyten eindrangen, wenigstens nicht bis tief in das Gewebe hinein. Andererseits constatirte man, dass Oelkügelchen, so gross wie Kokken, innerhalb aller Zellen dicht neben dem Kern lagen. Bakterien dringen in Verbindung mit öligen Substanzen da ein, wo sie in Gemeinschaft mit anderen Substanzen nicht eindringen. Verf. erörtert eingehend die Theorien der elektrodynamischen und chemisch-physikalischen Gesetze und schliesst, dass die Vorgänge in den Tonsillen ebenso wie die Vorgänge in anderen Theilen des Körpers auf diesem Wege erklärt werden können.

EMIL MAYER.

46) **T. E. Gleason. Technik der Entfernung der Tonsille in ihrer Kapsel. (Technique of removal of the tonsil in capsule.)** *Detroit Medical Journal. September 1909.*

Verf. beschreibt ausführlich sein Instrumentarium und die von ihm geübte Technik der Operation.

EMIL MAYER.

47) J. David Davis. **Experimentelle Studie über die aus den Tonsillen isolirten Bakterien. (Experimental study of bacteria isolated from tonsils.)** *Journal American Medical Association. 2. Juli 1910.*

Es wurden die Tonsillen von 45 Patienten untersucht. Verf. giebt eine genaue Schilderung der dabei befolgten Technik. In fast allen Fällen ergab sich fast eine Reincultur von Streptococcus pyogenes aus den Krypten, und zwar ohne Rücksicht auf den klinischen Zustand des Patienten. Auf der Oberfläche der Tonsillen dagegen herrschte die Pneumokokkengruppe vor; Streptokokken fanden sich gleichfalls in vielen Fällen, jedoch in relativ geringer Zahl, und dies auch dann, wenn sie in den Krypten sehr zahlreich vorhanden waren. Anaerobe Culturen ergaben in der Regel wenig Organismen und keiner von diesen fand sich constant oder erschien von Bedeutung. In zwei Fällen wurde eine Reincultur von Staphylococcus albus aus den Krypten erzielt. In einem Falle von recidivirender Tonsillitis, in dem die letzte Erkrankung 4 Wochen zurücklag, ergaben Culturen aus den Krypten fast eine Reincultur von Diphtheriebacillen, wogegen Culturen von der Oberfläche diesen Organismus nicht aufwiesen. Verf. erklärt durch diesen Befund das Vorkommen einiger Diphtheriefälle in der näheren Umgebung der betreffenden Person. Der Fall ist ein Beispiel für einen Diphtheriebacillenträger, bei dem die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden ein negatives Resultat ergaben.

Die Virulenz der 25 aus den Tonsillen isolirten Streptokokkenculturen wurde durch intravenöse Injectionen an Meerschweinchen erprobt. In fast jedem Fall entwickelte sich eine acute Arthritis, die gewöhnlich in ein paar Tagen oder in 3—4 Wochen tödtlich verlief. Diese Arthritis trat gewöhnlich am 3. bis 5. Tage auf. Die Section ergab, dass nicht selten in den frühen Stadien die Erkrankung eine periarticuläre war und oft die Sehnenscheiden betraf; später kann das Gelenk befallen werden. Das Exsudat im Gelenk war zuerst gewöhnlich gelatinös und leicht getrübt und enthielt Leukocyten und Streptokokken. Später wurde das Exsudat mehr purulent und manchmal selbst von käsigem Aussehen. In einigen Fällen, jedoch nicht in allen, konnten die Streptokokken aus dem Herzblut und bisweilen auch aus der Peritonealhöhle isolirt werden.

Die Organismen der Pneumokokkengruppe erzeugten in keinem Fall bei Meerschweinchen Arthritis. Ein Organismus dieser Art, der aus der Tiefe der Tonsille eines an multipler Arthritis — aber ohne Endocarditis — leidenden Patienten isolirt wurde, erzeugte bei intracardialer Injection bei einem Meerschweinchen ausgedehnte Endocarditis, aber keine Gelenkaffection.

EMIL MAYER.

48) M. Möller. **Drei Fälle von Angina gangraenosa. (Fall af angina gangraenosa.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 5. Mai 1910.*

Bei sämmtlichen Fällen war das Krankheitsbild vollständig einheitlich: von der Tonsillengegend oder vom weichen Gaumen ausgehend, fing die Krankheit als ein röthlicher Fleck, bisweilen pseudomembranösartig an, ging bald in einen brandigen Process über, der sich theils nach vorn über den Gaumen, die Basis der Zunge mit Epiglottis, die Innenseite der Wange und des Zahnfleisches, theils nach oben hinten in den Nasenrachenraum, an der hinteren Pharynxwand und in den

oberen Theil der Speiseröhre ausbreitete. Nach einem Monat erfolgte der Tod in sämmtlichen Fällen unter dem Bilde des Marasmus.

Die Patienten waren von mittlerem Alter und mit Hg behandelt worden; zwei ganz mässig mittels Mercurialinjectionen eine kurze Zeit vor dem Ausbruch des brandigen Processes, der dritte mittels einer sehr kräftigen Inunctionscur + KJ nach dem Auftreten der Angina. Die zwei ersten litten durch andere Krankheiten (Alkoholismus, Schrumpfniere, Lungentuberculose etc.) an schwacher Widerstandsfähigkeit; der dritte war vor der Behandlung eine kräftige Person, bei welcher der Halsprocess während einer energischen antiluetischen Behandlung schnell verschlimmert wurde. E. STANGENBERG.

49) **George L. Richards. Der gegenwärtige Stand der Tonsillenoperation. Eine Sammelforschung. (The present status of tonsil operation. A collective investigation.)** *N. Y. Medical Record. 11. December 1909.*

Von den Schlussfolgerungen, die Verf. zieht, seien folgende hervorgehoben:

Er hält die Rolle der Tonsille als Eingangspforte besonders für Tuberculose und Rheumatismus als sicher stehend, und zwar ist die kleine zwischen den Gaumenbögen versteckte Tonsille ebenso von schädlichem Einfluss, wie die hyperplasirte. Die Indication für die Entfernung ist dann gegeben, wenn die Tonsille auf den Gesammtorganismus einen ungünstigen Einfluss ausübt, der durch eine locale Behandlung nicht vermieden werden kann. Aether ist das sicherste Narcoticum, und zwar hält Verf. die aufrechtsitzende Position für die beste zur Vornahme der Operation. Die Tonsillectomie soll stets der Tonsillotomie vorgezogen werden. LEFFERTS

50) **William Milligan. Einige practische Puncte in der Chirurgie der Tonsille. (Some practical points in the surgery of the tonsil.)** *Medical Chronicle Manchester. Mai 1910.*

Verf. betont die Bedeutung der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionskrankheiten. Wo eine Operation erforderlich ist, empfiehlt er dringend die Enucleation; er benutzt ein besonders hakenförmiges Messer zur Loslösung der Tonsillen von den Gaumenbögen; er vollendet die Operation mit dem Finger, Guillotine oder Scheere. Nach seinen Erfahrungen sind Blutungen weniger häufig als nach Tonsillotomien. A. J. WRIGHT.

51) **Beljajew. Ueber Blutungen nach Tonsillotomie. (O krawotetschenijach poale tonsillotomija.)** *Westnik nach. gort. nos. bol. p. 97. 1909.*

Wenig Neues. P. HELLAT.

d. Diphtherie und Croup.

52) **Mary Sallom. Statistische Analyse von 43000 Diphtheriefällen. (Statistical analysis of 43000 cases of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juli 1910.*

Die Zahl der während der letzten 12 Jahre beim Gesundheitsamt in Philadelphia gemeldeten Diphtheriefälle betrug 43997. Von diesen verliefen 7097 tödtlich. Mit dem ausgedehnteren Gebrauch des Antitoxins ist die Mortalität von 24 pCt. im Jahre 1898 auf 12,1 pCt. im Jahre 1909 gesunken. EMIL MAYER.

53) **Blumenau. Zur Frage der phlegmonösen Diphtherie.** (Verein der Kinderärzte in St. Petersburg, Sitzung vom April 1909.) *Petersburger W. No. 22. 1910.*

Autor hat alle Fälle von Dipththeria phlegmonosa während der ganzen Serumperiode, d. h. für 13 Jahre, die im Oldenburger Kinderhospital zur Beobachtung kamen — im Ganzen 488 Fälle — zusammengestellt. Von ihnen starben 265, also 54,7 pCt. Mädchen erkrankten häufiger (54,4 pCt.), Knaben seltener (45,6 pCt.). Das Hauptcontingent fällt auf Kinder im Alter von 2—9 Jahren. Oertliche Erscheinungen im Halse gehen gewöhnlich auf Serumbehandlung zurück. Der Tod erfolgt an Herzparalyse. Autor hat Injectionen von Adrenalin 1 prom. Lösung 0,3 bis 0,5 ccm 1—2 mal täglich, die scheinbar wohlthuend wirkten, gemacht. Vortragender erhofft von intravenöser Seruminjection Erfolg.

Blücher hält von Adrenalin wenig, da die Wirkung eine vorübergehende ist und nachher Gefässerweiterungen folgen.

Dasselbe fand Schöne.

Woinow führt an, dass die Sterblichkeit an phlegmonöser Diphtherie vor dem Serum 78—80 pCt. betrug.

Rauchfuss möchte den Ausdruck „phlegmonös“ nicht acceptiren, da hier Streptokokken nicht vorhanden sind.

P. HELLAT.

54) **Dsershgowsky. Zur Frage der activen Immunisation des Menschen gegen Diphtherie. (K woprusu ob aktiwnoi immunisation tscheloweka protiw difterii.)** *R. Wratsch. No. 22. 1910.*

D. hat schon vor 8 Jahren diese Frage durch Versuche an sich selbst vermittelst Einspritzungen von Diphtherieantitoxin angeregt. Er erreichte einen hohen Grad von Immunität. Aber Nachahmung fand er nicht. Autor erklärt dieses durch Schmerzhaftigkeit und längere Dauer der Immunisirungsmethode.

Jetzt schlägt er, sich stützend auf die Versuche von Boldyrew, eine andere Immunisirungsmethode vor, und zwar durch die Nasenschleimhaut. Diese Art hat D. zunächst an Pferden und Hunden und dann wiederum an sich selbst erprobt.

An Pferden gelang es durch Einführung von Wattetampons in die Nase, die mit Toxin imprägnirt waren, im Verlaufe von 2 Wochen, d. h. 12 Seancen oder 30 stündiger Dauer der Toxinwirkung auf die Nasenschleimhaut eine solche Anhäufung von Antitoxinen zu erzielen, welche 15 Einheiten Behring's in 1 ccm entspricht.

Sich selbst führte Autor das Toxin in Gestalt von Inhalationen (21 im Verlaufe von 55 Tagen) ein, wobei im Ganzen 2858,05 minimale tödtliche Dosen für Meerschweinchen vorausgesetzt wurden.

Nach dieser Zeit war die antitoxische Kraft des Blutes von $^1/_{20}$ auf $^1/_4$ gestiegen; dabei bemerkte Autor fast gar keine Beschwerden.

Weiter führte sich Autor mit Toxin imprägnirte Tampons in die Nase. $^{54}/_{10000}$ ccm dieses Toxins entsprachen der minimalen tödtlichen Dosis für Meerschweinchen.

Trotz des hohen Toxingehaltes hat Autor keine Beschwerden bemerkt.

D. tritt warm für die Verbreitung dieser Methode ein, da sie 1. keine Schwierigkeit macht und in Massen angewandt werden kann, 2. ohne Arzt, 3. sehr lange durchgeführt werden kann, 4. eine besondere örtliche Immunität der Nasen-Rachenschleimhaut erzielt. D. hat Beweise, dass active Immunität am Menschen für viele Jahre vorhält, an ihm selbst über 10 Jahre. P. HELLAT.

55) **S. R. Leaty. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Long Island Medical Journal. Juni 1910.*

Verf. beschreibt die Behandlungsart, wie sie am Willard Parker-Hospital für ansteckende Krankeiten in New York City geübt wird. EMIL MAYER.

56) **J. W. Shankland. Chirurgische Behandlung der Diphtherie. (Surgical treatment of diphtheria.)** *St. Louis Medical Review. April 1910.*

Verf. bespricht die Complicationen, die nach Tracheotomie auftreten können: diphtherische Infection der Wunde; Emphysem; secundäre Blutungen; Trachealgranulationen; Pneumonie; Lähmung; Sepsis. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

57) **G. Paludetti. Die Psoriasis des Kehlkopfes. (La psoriasi della laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Vol. XXX. 1910.*

Im ersten Fall handelte es sich um einen 59jährigen Mann, bei dem gleichzeitig mit dem Ausbruch der Hautaffection das Auftreten einer Eruption von demselben Charakter auch im Kehlkopf zu constatiren war. Man sah auf den Stimmbändern graufarbige Erhebungen verschiedener Grösse. Wassermann positiv. Seit 5 Monaten, während deren der Patient in Behandlung ist, haben sich die localen Erscheinungen gebessert.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine 23jährige Frau, die schon früher an Psoriasis der Haut gelitten hatte; seit 3 Monaten Hauteruptionen gleichfalls mit Localisation im Larynx. Behandlung mit Arsen und local mit Insufflationen von alkalischen Pulvern, bisher aber ohne Besserung.

Verf. hält im ersten Fall die Syphilis für ätiologisch allein in Betracht kommend; den zweiten Fall zählt er zu den sogenannten idiopathischen.

CALAMIDA.

58) **Max Scheier** (Berlin). **Ueber einseitige Stimmbanderkrankung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 540.*

Beschreibung eines Falles von einseitiger Stimmbanderkrankung — Röthung und Schwellung des linken Stimmbandes, das mit granulationsartigen Excrescenzen bedeckt ist —, der nach Schweigecur, Aufenthalt in Ems und Mentholinjectionen fast völlig heilte. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

59) **Alfred Bruck** (Berlin). **Isolirte „rheumatische" Entzündung des Crico-arytänoidgelenkes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 436.*

Verf. bereichert die dürftige Literatur durch Mittheilung eines Falles. Die Klagen beziehen sich auf linksseitige, ins Ohr ausstrahlende Schluckschmerzen,

Heiserkeit und nächtliche Athemnoth. Laryngoskopisch zeigt sich die Schleimhaut über dem linken Crico-arytänoidalgelenk erheblich geröthet und geschwollen, zum Theil leicht ödematös glänzend. Die linke Stimmlippe steht in Cadaverstellung. Leichte Fiebertemperatur. Während nach circa einer Woche die entzündlichen Erscheinungen abgeheilt sind, dauert die Fixirung der Stimmlippe noch einige Tage länger. Aus diesem letzteren Symptom wird, ohne dass noch andere Körpergelenke befallen sind, die Betheiligung des Gelenkes selbst gesichert.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

60) **Heryng. Kehlkopfgicht. (Gosciec krtani.)** *Medycyna. No. 26. 1910.*

Verf. beschreibt zwei Fälle von Kehlkopfgicht bei Sängerinnen.

Im ersten Falle erschienen nach forcirten Studien Schlingbeschwerden, Heiserkeit und Knistern bei Speichelschlucken. Dieses Geräusch konnte ebenfalls durch Verschieben des Kehlkopfes in transversaler Richtung hervorgerufen werden. Die Kehlkopfuntersuchung entdeckte intensive Röthung und leichte Schwellung der Santorinischen Knorpel. Die Kranke litt an arthritischen Beschwerden in Knie- und Fingergelenken. Nach Anwendung einer entsprechenden Diät, innerlich Natrium salicylicum und Kehlkopfmassage verbesserte sich in einigen Wochen der Zustand des Kehlkopfes vollständig.

Im zweiten Falle erschien bei einem 18jährigen, an Gelenkrheumatismus leidenden Mädchen nach forcirtem Singen Heiserkeit. Die Kehlkopfuntersuchung zeigte Röthung, Verdickung der Stimmbänder und in der Gegend der Vocalprocessus zwei kleine, gelbliche Infiltrate, welche bei der Sondirung einen harten Körper fühlen liessen. Nach Anwendung einer antiarthritischen Behandlung verschwanden jene Infiltrate im Verlaufe einiger Wochen. Die Stimme verbesserte sich gleichzeitig allmählich.

A. v. SOKOLOWSKI.

61) **H. Ayguebère. Klinisches Studium der syphilitischen Kehlkopfperichondritis. (Étude clinique sur la périchondrite syphilitique du larynx.)** *Dissert. Toulouse 1909.*

Besprechung des Krankheitsbildes und Zusammenstellung von 15 Krankengeschichten, die aber bereits andererseits veröffentlicht sind.

OPPIKOFER.

62) **James Collier** und **Harold Barwell. Ein Fall von eitriger Kehlkopfperichondritis im Verlauf einer acuten Pneumonie. (A case of suppurative perichondritis of the larynx in the course of acute pneumonia.)** *Lancet. 26. April 1910.*

Es handelt sich um einen Fall von ausgebreiteter Pneumonie der linken Lunge mit zahlreichen Pneumokokken im Sputum. Am 19. Krankheitstage trat eine Halsentzündung auf mit Schwellung der Tonsillen, Oedem des Rachens und Vergrösserung der Cervicaldrüsen. Die Epiglottis wurde ödematös und ebenso auch die ary-epiglottischen Falten. Das Oedem nahm auf der rechten Seite zu; es traten die Erscheinungen einer Perichondritis thyreoidea auf, die von aussen incidirt wurde. Pat. hustete eine grosse Menge Eiter aus, worauf die Dyspnoe nachliess.

WATSON WILLIAMS.

63) **Joseph S. Gibb. Eine Studie über die Kehlkopfcomplicationen des Typhus, besonders in der Hospitalpraxis. (A study of the laryngeal complications of typhoid fever specially as observed in hospital practice.)** *The Pennsylvania Medical Journal. Juli 1909.*

Verf. bespricht als Complicationen des Typhus: eine acute Laryngitis, die Laryngitis submucosa; oberflächliche Ulcerationen, die auf der laryngealen Fläche der Epiglottis, über Aryknorpeln und auf der Hinterwand ihren Sitz haben; ferner Lähmung der Kehlkopfmuskeln.

EMIL MAYER.

64) **Nowicki. Larynxtuberculose vom anatomo-pathologischen Standpunkt aus. (Gruzlica krtani ze stanowiska anatomiczno-patologicznego.)** *Tygodnik lekarski. No. 26. 1910.*

Der Kehlkopf wird nach den Ergebnissen der Untersuchungen des Verf.'s in ein Viertel sämmtlicher tuberculöser Erkrankungen afficirt.

Als das wichtigste ätiologische Moment betrachtet er die Infection der Schleimhaut durch das bacilläre Sputum, was seine eigenen Untersuchungen bestätigen.

Die anatomo-pathologischen Veränderungen beginnen meist in der Subepithelialschicht der Kehlkopfschleimhaut. Gleichzeitig treten sehr oft Infiltrate im Drüsengewebe und neben demselben auf, was für die Infection auch durch Vermittelung der Drüsen spricht.

Kehlkopftuberculose erscheint meist zwischen dem 20. und dem 30. Jahre. Bei Kindern kommt sie sehr selten vor und nur in zwei Fällen von der Gesammtzahl von 488 untersuchten Fällen fand der Verf. sie bei Kindern unter 5 Monaten. Ebenfalls kommt sie selten bei Greisen und dreimal so oft bei Männern als bei Frauen vor. Die Larynxtuberculose complicirt sich selten mit Lues und Krebs.

Verf. beschreibt zwei Fälle, einen, wobei anatomisch und bakteriologicsh Tuberculose und Krebs, und einen zweiten, wo er Tuberculose und Sklerom constatirte.

Vernarbungen können nur bei oberflächlichen Geschwüren vorkommen. In Fällen mit tiefgreifender Tuberculose vernarben nur die oberflächlichen Schichten.

A. v. SOKOLOWSKI.

65) **A. v. Sokolowski** (Warschau). **Gravidität und Kehlkopftuberculose.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 2. S. 575. 1910.*

S. erwähnt zwei Fälle von Kehlkopftuberculose, die trotz der Schwangerschaft günstig verlaufen sind. Nach Mittheilung der zwei Krankengeschichten bespricht Verf. die Frage, in welchen Fällen bei Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft ein Abort einzuleiten ist. Seine Ansicht geht dahin, dass individualisirt werden muss.

OPPIKOFER.

66) **Lubliner. Gravidität und Kehlkopftuberculose. (Ciaza a suchoty krtaniwre.)** *Medycyna. No. 22. 1910.*

Cfr. Centralblatt 1910, No. 6, Referat No. 83.

A. v. SOKOLOWSKI.

67) **Sytschew. Cauterisationen vermittelst Trichloressigsäure bei Kehlkopftuberculose. (Prishigania trichlorceksuskmoi kigtotoi pri tuberkulese gortani.)** *Eshemesjatschnik. p. 390. 1910.*

In dem kurzen Artikel theilt Autor seine Erfahrungen über die Behandlung mit Trichloressigsäure in 25 Fällen mit. Er wandte das Mittel in Form von Krystallen an, die er auf den Geschwürsgrund brachte. Das Material stammte aus der Basanow'schen Klinik (Director v. Stein) in Moskau. Gebrannt wurde bis 6 mal, meistens genügte 5—6 mal.

Die Dysphagie verschwand in allen Fällen. Die Geschwürsflächen verheilten in 4 Fällen. Besserung in 12 Fällen, keine Besserung in 2 Fällen.

Ausserdem wird mitgetheilt, dass in der Privatpraxis in allen 11 Fällen Vernarbung und Beseitigung der Dysphagie erzielt wurde.

Auf Grundlage dieser Erfahrung stellt Autor zum Schluss die Behauptung auf, dass die Trichloressigsäure zur Zeit das wirksamste Mittel gegen die Kehlkopftuberculose sei.

Reactionserscheinungen wurden fast gar nicht beobachtet. P. HELLAT.

68) **Fritz Hutter** (Wien). **Ueber die Behandlung der Larynxtuberculose mittels Galvanokaustik.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 5. 1910.*

An der Hand einer Statistik von 32 einschlägigen Fällen aus dem Hajekschen Ambulatorium bespricht H. die Indicationen und Contraindicationen für die verschiedenen operativen Eingriffe am phthisischen Kehlkopf. Er trennt die Indicationen nach curativen und symptomatischen Gesichtspunkten und schildert die Vorzüge der Galvanokaustik gegenüber den schneidenden Instrumenten. Neben dem Tiefenstich empfiehlt er für flächenhafte Ulcerationen den Flachbrenner, eventuell auch den Porzellanbrenner. Zur Anästhesie empfiehlt er die Combination von localer Cocainapplication mit vorheriger subcutaner Morphiuminjection. Eingehende technische Erörterungen beschliessen die Arbeit. HECHT.

69) **Lorenzo B. Lockard. Amputation der Epiglottis bei Kehlkopftuberculose. (Amputation of the epiglottis in laryngeal tuberculosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

Von den 27 Fällen, die Verf. operirt hat, wurden 26 völlig von ihren Schmerzen befreit; in 8 Fällen wurde der Kehlkopf ausgeheilt; in einem Fall war auch der Gaumen erkrankt, aber auch hier wurde das Schlucken wesentlich erleichtert. Von den geheilten Fällen ist einer seit $5^1/_2$ Jahren, der andere seit $4^3/_4$ Jahren geheilt.

Verf. betont ganz besonders den häufigen und unmittelbaren Einfluss der Operation auf den Schluckschmerz. Er glaubt auch, dass durch den Eingriff eine Anzahl von Leben gerettet werden können, die sonst unrettbar verloren wären.

EMIL MAYER.

70) **Z. Srebny** (Warschau). **Die Behandlung der Rachen- und Kehlkopftuberculose mittelst Galvanokaustik. (O leczenia gruslicy garcieli i krtani za pomoca galwanokaustyki.)** *Medycyna. 1910.*

In den letzten 23 Jahren behandelte Verf. mit Galvanokaustik 136 Fälle, von

denen 83 von 1 Monat bis zu 8 Jahren, 53 entweder bis zum Tode oder bis die letzte Zeit unter Beobachtung standen. Von den Kranken der ersten Gruppe lebten in gutem Zustande 25 nach Ablauf von 6 Monaten bis zu 8 Jahren nach der Operation, der Rest wurde nicht länger als 1—3 Monate beobachtet. Bei 9 dieser Kranken entstanden Recidive, die nach wiederholter Anwendung des Galvanokauters zur Vernarbung gelangten.

Von den 53 Fällen der zweiten Gruppe starben 21, und zwar nach Ablauf von 4 Monaten bis zu 12 Jahren. Bei 6 dieser Patienten entstanden Recidive, bei 4 blieb der Kehlkopf bis zum Tode ausgeheilt. Von den 32 bis in die letzte Zeit lebenden Kranken war einer vor 23 Jahren operirt. Andere Beobachtungen dauerten von 10 Monaten bis zu 18 Jahren. Recidive wurden 11mal beobachtet und sind nach wiederholter Anwendung des Galvanokauters geheilt geblieben.

Verf. wendet, wo es möglich ist, die galvanokaustische Schlinge an und kauterisirt nachher die Basis; wo die Anwendung der galvanokaustischen Schlinge unmöglich ist, wird das kranke Gewebe energisch und tief mit dem flachen Kauter gebrannt. Der letztere soll stark, aber nicht weissglühend sein. Verf. hat nie Oedem oder Blutung gesehen. Eine Infection der Wunde oder eine Verallgemeinerung der Tuberculose nach endolaryngealen Eingriffen im tuberculösen Kehlkopfe wurde nicht beobachtet.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Harold Barwell. Acute Kehlkopfdyspnoe bei Kindern. (Acute laryngeal dyspnea in children.)** *Lancet. 13. August 1910.*

Verf. betont, dass ein inspiratorischer Stridor bei verhältnissmässig leichter Exspiration ein wichtiges diagnostisches Zeichen sei. Ferner ist ein Zeichen von Stenose, wenn der Larynx bei der Inspiration etwas nach unten gezogen wird, da solches nicht vorkommt, wenn das Athemhinderniss an irgend einer anderen Stelle sitzt. Bei Trachealstenose hört man den Stridor sowohl bei Inspiration, wie bei Exspiration.

Verf. bespricht die üblichen Methoden der Behandlung.

WATSON WILLIAMS.

72) **Léon Béco** (Lüttich). **Die Laryngotracheostomie bei den Kehlkopfstenosen und hauptsächlich den Laryngo-Trachealpapillomen. (La laryngotrachéostomie dans les sténoses du larynx et spécialement dans les papillomes laryngotrachéaux.)** *Annales de la Soc. médico-chir. de Liège. Mai 1909.*

Der Autor stellt einige derartige Fälle, welche dem Leser des Centralblatts durch die Berichte über die Jahresversammlungen der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft der Jahre 1908 und 1909 bekannt sind, in der Lütticher medico-chirurgischen Gesellschaft vor.

Er glaubt, dass man berechtigt sei, dieser Operation jedesmal den Vorzug zu geben, wenn es angezeigt ist, die Athmung von aussen her während einer ziemlich geraumen Zeit sicher zu stellen.

BAYER.

73) **N. Uchermann** (Kristiania). **Die chirurgische Behandlung der laryngotrachealen Stenosen.** (Referat für den Internationalen Congress in Budapest.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 361.*

Verf. setzt die einschlägige Literatur als bekannt voraus und giebt in seinen Ausführungen im Wesentlichen seine eigene Auffassung wieder.

Die Eintheilung der Hauptabschnitte ist folgende:

1. Extralaryngo-tracheale Stenosen:
   a) Larynx,
   b) Tracha.
2. Intralaryngo-tracheale Stenosen:
   a) Larynx,
   b) Trachea,
   α) acute } intratracheale Stenosen.
   β) chronische }

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

74) **Nobicourt** (Paris). **Trachebronchiale Adenopathie; adenoide Vegetationen und Tuberculose. (Adénopathie trachéo-bronchique; végétations adénoides et tuberculose.)** *Société Médecine des Hôpitaux. April 1910.*

Die intradermale Reaction nach Mantoux erlaubt beim Kinde durchaus sicher die Diagnose der latenten Tuberculose. Verf. hat diese Methode bei Kindern mit adenoiden Vegetationen oder mit tracheobronchialen Drüsen benutzt. Er fand bei 8 Fällen von Adenoiden 3 positive Reactionen; bei 14 Fällen von Tracheobronchialdrüsen und Adenoiden 6 positive Reactionen. GONTIER de la ROCHE.

75) **Chr. Hausted. Erstickungstod durch Ascaris lumbricoides in der Trachea verursacht. (Kraelningstöd foraarsaget ved Ascaris lumbr. i Trachea.)** *Hospitalstidende. No. 20. 1910.*

Bei einem 3 Jahre alten Kinde mit Erstickungsanfall wurde die Tracheotomie vorgenommen. Tod. Bei der Section wurde an der Bifurcation eine 17 cm lange weibliche Ascaris lumbricoides gefunden. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

f. Schilddrüse.

76) **A. Bochenek. Ueber die Glandulae parathyreoideae (Epithelkörperchen). (O grnczolach przytarczowych.)** *Przeglad lekarski. No. 16. 1910.*

1. Ihre Anatomie.
2. Ihr histologischer Bau.
3. Embryologie derselben.
4. Physiologie.
5. Der Nachweis von Toxinen bei durch Entfernung der Epithelkörperchen entstandener Tetanie.
6. Experimentelle Proben des Ersatzes der exstirpirten Epithelkörperchen durch Darreichung ihrer Substanz oder ihrer Extracte.
7. Transplantation der Epithelkörperchen und ihre physiologische Folgen.
8. Die Pathologie der Epithelkörper.
9. Verschiedene Krankheitsformen, die mit der Aenderung der Epithelkörperchenthätigkeit in Zusammenhang gebracht wurden:
   a) Eclampsia gravidarum,
   b) Tetania infantum,
   c) Tetania gastrica,

d) Epilepsie mit Paralysis agitans,
e) Morbus Basedow,
f) Rhachitis und Osteomalacie.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) **David Marine** und **C. H. Lenhart. Acuter Kropf beim Fisch. (Acute eccurence of goiter in fish.)** *Bulletin of John Hopkins Hospital. April 1910.*

Verf. schliesst:

1. In Gegenden, wo Kropf endemisch ist, kann auch der Fisch afficirt werden.

2. Die Schilddrüsenhyperplasien der Fische verhalten sich genau so, wie die der höheren Thiere.

3. Der Befund dieser Veränderungen beim Fisch ist vielleicht das directeste Zeichen dafür, dass der Kropf mit dem Wasser zusammenhängen dürfte.

EMIL MAYER.

78) **Peter Potter. Die topographische Anatomie der Schilddrüse. (The topographic anatomy of the thyroid gland.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

1. Die Schilddrüse ist beim Erwachsenen verhältnissmässig kleiner als beim Fötus und kleinen Kind.

2. Die Schilddrüse steigt auf die Wirbelsäule herab, wenn die aufrechte Körperhaltung angenommen wird.

3. Im Vergleich zum Fötus und kleinen Kind ist beim Erwachsenen die Schilddrüse tiefer am Schild- und Ringknorpel, dabei aber an denselben Trachealringen angeheftet.

4. Einige Reste des Ductus thyreoglossus können fast in jedem Fall gefunden werden: der Lobus pyramidalis findet sich in über $^{3}/_{5}$ aller Fälle.

5. Der Isthmus kann sehr klein sein, fehlt aber selten ganz.

6. Es haben sich accessorische Muskelzüge gefunden, die abgeirrte Züge des Thyreohyoideus oder Sternothyreoideus zu sein scheinen und keine specielle Function haben; jedoch wirken sie in Verbindung mit der Fascie dahin, die Drüse in ihrer Stellung zu halten.

EMIL MAYER.

79) **Goldberger** (Baden bei Wien). **Zwei Fälle von primärer Thyreoiditis acuta simplex.** *Wiener med. Wochenschr. No. 32. 1910*

Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Schilddrüse, ausstrahlende Schmerzen gegen die Ohren und das Hinterhaupt und Schluckschmerzen. Bei bakterieller Aetiologie Fieber, bei toxischer Ursache (z. B. bei Jod) ohne Fieber.

HANSZEL.

80) **M. M. Ghent. Kropf mit besonderer Berücksichtigung der Grenzfälle von Basedow. (Goitre with special reference to borderline cases of hyperthyreoidism.)** *Journal of the Minnesota State Medical Association Northwestern Lancet. Juni 1910.*

Verf. behandelt diese Fälle drei Monate lang; sind sie dann nicht gebessert, so operirt er, und zwar räth er in leichteren Fällen zur Ligatur der A. thyreoidea superior.

EMIL MAYER.

81) **Randolph Winslow. Partielle Thyreodectomie bei Dementia praecox. (Partial thyreidectomy in dementia precox.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juni 1910.*

Verf. meint, dass wenigstens einige der Fälle einer chirurgischen Behandlung zugänglich seien; er berichtet über zwei Fälle, von denen der eine zum mindesten sehr gebessert wurde. Erwähnt wird, dass der Gebrauch von Schilddrüsenpräparaten gewöhnlich die Symptome verschlimmerte. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

82) **Giffhorn. Beitrag zur Aetiologie der congenitalen Atresie des Oesophagus mit Oesophago-Trachoalfistel.** *Virchow Archiv. Bd. 192. Heft. 1.*

G. beschreibt zwei Fälle von congenitaler Oesophagusatresie mit Trachealfistel in der Höhe der Bifurcation. Das Zustandekommen dieser Missbildung erklärt er auf Grund der Präparate durch die Annahme, dass die Trennungsleisten, die Oesophagus und Trachea trennen sollen, in einem bestimmten Entwickelungsstadium mit der Hinterwand des Vorderdarmes verkleben. Auf diese Weise kommt der Abschluss des oberen Oesophagus und die Oesophagotrachealfistel zu Stande. Für die Fälle, in denen der untere Theil des Oesophagus breit mit der Trachea communicirt, hält er es für möglich, dass die Trennungsleisten, statt wie gewöhnlich an der Vorderwand, an der Hinterwand des Vorderdarmes ansetzen. Beigegebene Skizzen erläutern das Gesagte. Die in beiden Fällen vorhandene Erweiterung des oberen Oesophagusblindsackes wird durch ein stärkeres Wachsthum erklärt. FINDER.

83) **Ch. Mathis. Congenitale Verengerungen der Speiseröhre. (Rétrécissements congénitaux de l'oesophage.)** *Dissert. Nancy 1908.*

Fall 1. Der jetzt 12jährige Knabe kann seit früher Kindheit nur flüssige Nahrung schlucken. Oesophagoskopie: In 20 cm Tiefe sitzt ein ca. 2 mm dickes Diaphragma, das nach links und nach hinten zu eine feine Oeffnung von 3—4 mm besitzt. Durch diese Oeffnung dringt eine feine Sonde ohne Hinderniss in den hinteren Theil der Speiseröhre und in den Magen. Einführen des Rohres und Durchschneiden des Diaphragmas. Heilung.

Fall 2. Das Alter des männlichen Patienten ist nicht angegeben. Seit der Geburt kann nur Milch und Wasser geschluckt werden. Oesophagoskopie: Ungefähr bei Beginn des unteren Drittels der Speiseröhre zeigt sich das Lumen stark erweitert. Nach Aspiration des Schleimes und der coagulirten Milch (ca. $^1/_2$ Liter) wird ein Diaphragma sichtbar mit einer Oeffnung, die nur für die feinste Bougie passirbar ist. Durchschneiden des Diaphragmas auf ösophagoskopischem Wege, regelmässige Dilatationsbehandlung; Heilung. Dieser Fall wurde auf dem Chirurgencongress October 1908 durch Guisez vorgestellt. OPPIKOFER.

84) **Guisez. Ueber idiopathische Narbenbildungen im Oesophagus. (Stenoses cicatricielles spontanées de l'oesophage.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXIX. No. 3.*

Es werden 5 Fälle mitgetheilt, die so ziemlich Aehnlichkeit miteinander

haben. Die Patienten litten an allmählich zunehmenden Schluckbeschwerden und kamen unter der Vermuthungsdiagnose von Speiseröhrenkrebs zur ösophagoskopischen Untersuchung. Es liess sich in den 5 Fällen eine narbige Veränderung des Oesophagus, am Eingang oder an der Cardia feststellen, die unter progressiver Dilatation zurückging, sobald die Patienten lange genug in Behandlung blieben. Der ösophagoskopische Anblick und die centrale Lagerung der Stenose liessen gleich die gewöhnlichen Ursachen (Verletzung, Ulcus simplex oder Lues, Tuberculose) ausschliessen. Guisez glaubt, dass es sich um sogenannte spontane Narbenbildung handle, die infolge von chronischer Oesophagitis sich entwickele. Ganz hypothetisch nimmt Guisez an, dass hier Oesophagitis ihrerseits sich an einen Oesophagospasmus anschliesse und dann an den Lieblingssitzen des Spasmus, an dem Ringknorpel liege und an der Cardia zu Narbenbildung führe.

LAUTMANN.

85) **W. Brünings** (Freiburg i. Br.) **Ueber Fortschritte in der ösophagoskopischen Behandlung verschluckter Fremdkörper.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1909.*

Verf. weist die Behauptung Starck's zurück, dass für die Behandlung von Fremdkörpern des Oesophagus blind einzuführende, mit Mandrins armirte Metalltuben empfehlenswerth seien. Im Gegentheil, es sei das einzig Richtige, offene, passend geformte Rohre unter Leitung des Auges einzuführen. Kurze Beschreibung des Brünings'schen Instrumentariums (das wohl den meisten Lesern dieser Zeilen aus eigener Anschauung und aus des Verf.'s inzwischen erschienenen Monographie bekannt ist) und Angabe über dessen Anwendung.

ZARNIKO.

86) **G. Strazza. Ein Knochen in der Speiseröhre; Unmöglichkeit der Extraction mit dem Oesophagoskop. (Un osso nell'esofago d'impossibile estrazione coll'esofagoscopia.)** *Arch. Ital. Laringologia. Vol. XXX. Fasc. 30.*

Fall I. 35jährige Patientin. Man entdeckte den Knochen 18 cm von der Zahnreihe; da er aber in der Schleimhaut eingekeilt war, so konnte er per vias naturales nicht entfernt, noch in den Magen gestossen werden. Es wurde Oesophagotomia externa gemacht. Heilung.

Fall II. 28jährige Frau; der Knochen war sehr gross und wurde mit dem Oesophagoskop 23 cm von der Zahnreihe entdeckt. Da er wegen seiner Grösse nicht extrahirt werden konnte, so wurde er in den Magen gestossen und per rectum entleert. Heilung.

CALAMIDA.

87) **Bertzan. Ein neuer Fall von Fremdkörper des Oesophagus. (Un nuovo caso di cuerpo extrano del esofago.)** *Siglo Medico. October 1909.*

Extraction einer Münze bei einem 3jährigen Kind.

TAPIA.

88) **W. F. Chappell. Pfeife aus dem Oesophaguse eines Kindes durch directe Oesophagoskopie entfernt. (Whistle removed from esophagus of a child by direct esophagoscopy.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Verf. rühmt die Leichtigkeit der Methode, die er in diesem Fall zum ersten Male angewandt hat.

EMIL MAYER.

89) **R. Burmeister** (Concepcion). **Zwei Speiseröhrenschnitte zwecks Entfernung künstlicher Gebisse.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 14. 1909.*

Zwei lesenswerthe Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen.

ZARNIKO.

90) **L. Cuinet. L'oesophagoscopie.** *Dissert. Paris 1909.*

Geschichte und Technik der Oesophagoskopie. Die Arbeit enthält Bekanntes.

OPPIKOFER.

91) **H. Foucault. Beitrag zum Studium der Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Contribution à l'étude de la bronchoscopie et de l'oesophagoscopie.)** *Dissert. Paris 1909.*

Beschreibung und Empfehlung der Brünings'schen Instrumente.

OPPIKOFER.

92) **Alexander Heschelin** (Odessa). **Seltener Fall von combinirtem Fremdkörper der Speiseröhre und der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. 1909.*

Der Fremdkörper war ein „Reissnagel“ (Heftzwicke), den der neunmonatige Patient vom Zeichentisch ssines Vaters genommen und verschluckt hatte. Die Röntgenuntersuchung zeigte ihn im Niveau des 6. Halswirbels festsitzend, so dass sich der Kopf im Oesophagus, die Spitze in der Trachea befand. Er hatte gewissermaassen den Oesophagus an die Trachea angeheftet. Entfernung durch Operation von aussen.

ZARNIKO.

93) **Liebl** (Ingolstadt). **Ein Fall von Oesophagusdivertikel.** *Centralbl. f. innere Medicin. No. 37. 1910.*

Bei einer 68jährigen Frau schälte Liebl ein kindskopfgrosses Divertikel das bis unter das Sternum median zu gelagert war, aus. Heilung.

SEIFERT.

94) **Chas. H. Mayo. Diagnose und chirurgische Behandlung der Oesophagusdivertikel. (Diagnosis and surgical treatment of esophageal diverticula.)** *Journal American Medical Association. 9. Juli 1910.*

Die meisten Oesophagusdivertikel sind pharyngo-oesophageale. Sie kommen nur bei Kindern vor. Das häufigste Symptom ist Dysphagie; Husten und Dyspnoe sind gewöhnlich. Die Diagnose wird gestellt durch Sondirung und durch Röntgenaufnahme nach erfolgter Bismuthfüllung. Die Plumner'sche Methode erlaubt, die Tiefe des Sackes festzustellen. An der Rochesterklinik sind von 8 Patienten 6 mit Erfolg mittels der lateralen schrägen Incision operirt worden.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Gustav Spiess. Die Röntgenuntersuchung der oberen Luftwege. Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medicin. Herausgegeben von Franz M. Groedel, Lehmann's med. Atlanten. Bd. 7. 1909.

Die auf 17 Seiten zusammengedrängte Darstellung über die Röntgenuntersuchung der oberen Luftwege enthält in aller Kürze das, was nicht nur für die Pathologie der genannten Organe, sondern auch für die Physiologie, soweit diese durch die Röntgenuntersuchung neue Thatsachen zu Tage gefördert hat, von Bedeutung ist. Eindringlich weist der Autor darauf hin, dass man die alten und ältesten Untersuchungsmethoden neben diesen neuesten Errungenschaften der Technik nicht vergessen darf, da jene in allen Fällen eine nicht zu entbehrende Unterstützung bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen bilden und diese allein niemals eine einwandsfreie Deutung eines Krankheitsfalles geben. Bei der Besprechung der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen wird besonders der zahlreichen Fehlerquellen Erwähnung gethan, die jeder Schädelaufnahme anhaften; da sind so viel Knochen und Knöchelchen, Knorpel und Weichtheile ineinanderprojicirt, die grössere Annäherung oder Entfernung der Platten veranlassen Verzeichnungen der einzelnen Gebilde, und das Ganze ist nicht auf eine Kugeloberfläche, sondern eine ebene Fläche, die photographische Platte, projicirt. Da all' dies die Deutung der Bilder sowohl auf dem Schirm wie auf der Platte schwierig macht und viel Uebung erfordert, so empfiehlt der Verf. die ersten Studien am macerirten Schädel zu machen. Hat schon die Pathologie der Nebenhöhlen durch die Röntgenuntersuchung manche Förderung erfahren, so weist Spiess noch besonders darauf hin, dass bei der Sondirung der Stirnhöhle die Röntgenstrahlen ein absolut sicheres Urtheil darüber geben, ob sie Sonde sich wirklich in der Höhle befindet und dass man nicht mehr wie früher auf blosse Schätzung angewiesen ist, die hie und da täuschen kann. Während im Allgemeinen die Röntgenbilder bei der Diagnose der Erkrankungen der Nebenhöhlen häufig keine eindeutigen Resultate liefern oder gar auch ganz im Stich lassen, betont Spiess, worauf auch schon Killian hingewiesen hat, dass für die Siebbeinzellen neben den deutlich wahrnehmbaren Veränderungen im Röntgenbilde selbst schon die geringsten Verschleierungen maassgebend sein sollen. Für Stirnhöhle und Oberkieferhöhle wird die sagittale Durchleuchtungsrichtung empfohlen, während die Keilbeinhöhle auch bei der seitlichen Durchleuchtung wichtige Aufschlüsse gewährt, wobei natürlich zu berücksichtigen ist, dass aus dieser Platte keine Schlüsse darauf gezogen werden können, ob die so gefundenen Veränderungen der linken oder der rechten Seite angehören.

Die Pathologie der Mund- und Rachenhöhle hat durch die Röntgenstrahlen eigentlich nur in sofern Förderung erhalten, als Fremdkörper in Betracht kommen; hier liegt der Schwerpunkt in physiologischen Untersuchungen. Der Autor giebt dann besonders unter Hinweis auf die Arbeiten der beiden Eykman's, E. Barth's und Scheier's einen kurzen Ueberblick über die Articulation und den Schlingact. Die Durchleuchtung der Kehlkopfhöhle hat wichtige Aufschlüsse zu Tage gefördert für den Verknöcherungsprocess der Kehlkopfknorpel. Nicht allein, dass

der letztere wesentlich früher einsetzt, als man bisher glaubte, bietet er auch in Bezug auf Mann und Weib so verschiedenen Typus, dass das Röntgenbild bei Hermaphroditismus entscheiden kann, welches Geschlecht vorliegt. Interessant ist auch, dass Eunuchen weiblichen Verknöcherungstypus aufweisen. Ferner verdanken wir der Röntgenuntersuchung der Kehlkopfhöhle eine Reihe wichtiger Thatsachen über die Stimmbildung, während für die krankhaften Processe im Larynx hauptsächlich Fremdkörper in Betracht kommen.

Der Arbeit ist eine Tafel mit 8 Röntgenphotographien beigegeben, die noch wesentlich lehrreicher wären, wenn sie ein wenig grösser ausgefallen wären.

I. W. Samson (Berlin).

---

b) Sitzungsberichte der rhino-laryngologischen Section der Kgl. ungarischen Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 28. Februar 1910.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Pollatschek: Fall von primärem Pemphigus laryngis.

Discussion:

K. Morelli sah gute Erfolge von Insufflationen mit Omorol.

K. v. Láng stillt die Schmerzen mit Anästhesin.

L. Polyák hält die Fälle von Schleimhautpemphigus für gutartiger, als diejenigen, wo auch die Haut erkrankt ist.

2. D. v. Navratil: Ueber die extra- und intranasale Paraffintechnik. (Vortrag.)

Nach kurzem historischen Ueberblick bekennt sich Vortragender als Anhänger des kalten Paraffins. Er gebrauchte immer die Spritze von Broeckaert. Macht auf einige Methoden eigener Erfindung aufmerksam, mit welchen schöne kosmetische Erfolge erzielt wurden. Zur Correction der chamaeprosopen Sattelnase durchmeisselt Vertragender subcutan die Basis der Nasenknochen und legt Gypsverband an. Bespricht sein eigenes Verfahren zur Correction der Sattelnase bei offener Fractur. Behandelt schon seit 1906 — als Erster in Ungarn — die Ozaena mit endonasalen Paraffininjectionen und hatte schöne Erfolge. Hat auch auf diesem Felde eigene Methoden, so die Abpräparirung der Schleimhaut des Septum mit kleiner Oeffnung.

Discussion:

S. Steiner gebrauchte das Paraffin vielmals bei Ozaena mittels der Broeckaert'schen Spritze. Man muss tief einstechen, nicht submucös, sondern subperiostal oder subperichondral, denn die Schleimhaut ist äusserst zart und zerreisslich. Die Methode der endonasalen Paraffininjection bei Ozaena verdient die weitestgehende Würdigung.

L. Polyák: Die Idee der Paraffindepots stammt von Weleminsky und Hutter.

E. Pollatschek gebraucht kaltes Paraffin und die Brünings'sche Spritze.

K. v. Láng machte Versuche mit der Methode nach Bourack, bekam aber einen grossen Decubitus.

K. Morelli: Bourack machte während des XVI. Internationalen Congresses auf seiner Abtheilung eine extranasale Paraffininjection mit sehr schönem Erfolge. Man darf nur nicht zu viel Paraffin einspritzen und die Pelotte nicht zu stark andrücken, sonst entsteht eine Drucknekrose der Haut.

Sitzung vom 3. Mai 1910.

Vorsitzender: A. Irsay.
Schriftführer: A. Lipscher.

K. Morelli stellt Fälle von Rhino- und Laryngosklerom und einen Fall von choanalem Fibrom vor. Schlägt zur Verminderung der stets sich mehrenden skleromatösen Erkrankungen die Schaffung einer genaueren Statistik vor. Das choanale Fibrom besteht bei einem Hämophilen. Frägt, ob in ähnlichen Fällen und wann die Entfernung indicirt wäre?

Discussion:

K. v. Láng will die Diagnose bei Sklerom nur nach einer Bakteriencultur aufgestellt wissen. Das Fibrom könnte mit kalter Schlinge oder nach seiner Weise (mittelst Messer) entfernt werden.

E. Baumgarten: Es ist schwer, die endemischen Herde zu eruiren. Vor kurzem behandelte er eine Kranke vom Gömörer Comitat: das Uebel scheint sie aber in Galizien, von wo sie auswanderte, bekommen zu haben.

L. Simkó hat das Fibrom zweimal zu entfernen versucht, musste aber wegen heftiger Blutung von der totalen Entfernung abstehen.

A. v. Irsay pflichtet dem Vorschlage H. Morelli's, eine möglichst genaue Statistik der Skleromfälle zu führen, bei, obschon in vielen Fällen die Entstehung schwer zu ermitteln ist. Oft entsteht das Uebel in Form eines chronischen Nasenkatarrhs, inficirt mehrere Personen, ohne dass sie wüssten, wo und wann sie angesteckt wurden; auch wissen die wenigsten, wie sie das Leiden sich zugezogen haben.

A. v. Irsay: Bösartige Geschwulst vortäuschende luetische Ulceration.

55jähriger Mann. Am harten Gaumen eine mit dem rechten Nasengange durch eine Fistel communicirende thalergrosse Ulceration mit harten, aufgeworfenen Rändern. Die histologische Untersuchung zeigte Epithelwucherung; antiluetische Cur brachte Heilung.

A. v. Irsay: Recidivirender Nasenrachenpolyp.

15jähriger Mädchen. Die den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende Geschwulst wurde per os mittelst kalter Schlinge entfernt. Vor 3 Jahren hatte sie eine ähnliche grosse Geschwulst. Die histologische Untersuchung ergab weiches adenomatöses Fibrom. Blutung gering. Der Stiel reichte bis zum Infundibulum. Vortragender nimmt an, dass die Geschwulst von der Oberkieferhöhle entsprang.

A. v. Irsay: Grosser Larynxtumor.

25jähriger Mann. Seit 2 Jahren heiser. Vor einem Jahre wurde die Geschwulst endolaryngeal operirt. Seit 6 Monaten Recidive, Stimmlosigkeit, schweres Athmen; die Geschwulst ist zwischen den Stimmbändern wie eingekeilt. Falls die endolaryngeale Entfernung nicht gelingt — was wahrscheinlich — wird Verf. den Tumor mittelst Laryngofissur entfernen.

A. v. Irsay: Grosser Kehlkopfpolyp.

30jähriger Mann. Haselnussgrosse, flache, blassrothe, etwas flottirende Geschwulst, schliesst während des Einathmens ventilartig die Stimmritze; häufige Erstickungsanfälle. Verf. wird die Geschwulst nach vorhergehender Tracheotomie endolaryngeal entfernen.

Discussion:

K. Morelli hat bei älteren Individuen, so bei einem 74jährigen Greise luetische Erkrankungen theils an der Nase, theils an den Tonsillen beobachtet. Nach Jodkali stets Heilung.

A. Lengyel operirte den von v. Irsay vorgestellten Tumor bei dem 25jährigen Manne vor 2 Jahren. Die Entfernung gelang vollkommen; der Tumor erwies sich als Papillom.

K. v. Láng hält das den Nasenrachenraum ausfüllende Fibrom für einen in den Epipharynx ragenden gutartigen Polypen.

D. v. Navratil: Schwere nekrotisirende Stomatitis, verursacht durch Symbiose des Bacillus fusiformis und des Mundspirillum.

27jähriger Mann wurde von obigem Leiden, welches allen bisher angewanden Aetzmitteln trotzte, mit concentrirtem Jothion bald geheilt.

K. v. Láng hält den Fall für Stomatitis ulcerosa membranacea, ähnlich der Vincent'schen Angina.

M. Mohr sah von 2proc. Resorcin gute Erfolge.

E. v. Navratil.

---

c) Laryngo-otologische Gesellschaft München.

55. Sitzung vom 20. Juni 1910.

Vorsitzender: Neumayer.
Schriftführer: Rud. Hoffmann.

Rud. Hoffmann spricht über die operative Beseitigung der Retronasalpolypen (deren Insertion in der Kieferhöhle Ino Kubo [Arch. f. Laryng. Bd. 21] durch Entfernung der facialen Maxillarwand dem Auge zugänglich machte). Es handelt sich dabei oft um nicht entzündliche Tumoren, die die Choane und den Nasenrachenwand ausfüllen können. In 4 Fällen wiesen sie eine typische Form auf, die man vielleicht mit einer Hand vergleichen kann, deren kleiner Finger und Daumen ausgestreckt, während die mittleren drei eingeschlagen sind: Sie entspringen mit einem dünnen Stiel dem lateralen Mittelspalt, entwickeln sich

dann nach der Choane zu, passen sich den Formen des Epipharynx völlig an und senden schliesslich einen Ausläufer in die andere Nasenseite, und zwar dem Boden entlang. Aus ihrer Form und der Topographie der Umgebung ergiebt sich, dass diese Tumoren mit der Schlinge sehr schwer und nur stückweise zu entfernen sind. H. empfiehlt, nach gründlicher Adrenalin- und Cocainanwendung nach dem Stiel zu fahnden und diesen mit einem demonstrirten Instrument (geknöpftes, halbmondförmiges Messer) zu durchschneiden. Der Tumor fällt dann in den Epipharynx, ruht auf dem contrahirten Gaumensegel und wird von dem Pat. durch den Mund herausgezogen. Es wird auf die eigenartige Wachsthumsmechanik des Tumors hingewiesen.

Scheibe betont, dass er die Retronasalpolypen einseitig, ohne begleitende Eiterung auftreten sah und bei der Entfernung oft einen Erguss seröser Flüssigkeit beobachtete.

Demonstrationen: 1. Riedel: a) Carcinom des Nasenbodens,

b) Gumma im Hypopharynx.

2. Rud. Hoffmann: a) Ein Fall von spontaner tönender Lufteinblasung in die Parotis.

b) Ein neues Adenotom, vom Typ des Schütz-Passow'schen Instrumentes, welches an Stelle des herabziehenden feinen Messerchens eine breite, elastische Gillette-Stahlklinge führt, welche nach oben gestossen wird. Vortheile gegenüber Schütz-Passow:

1. Klinge kann kaum brechen und nicht in den Pharynx fallen;
2. das Instrument kann sehr nahe — näher als bei anderen — an die Choane herangeführt werden;
3. das abgeschnittene Stück bleibt oben am Instrument hängen;
4. eventuell können Reste, die in den Tubenecken stehen bleiben, mit zwei weiteren Zügen entfernt werden, ohne dass das Instrument aus dem Rachen entfernt und wieder eingeführt werden muss.

c) Eine über die Spülröhrchen zu führende Gummiplatte, die die zurückströmende Spülflüssigkeit vom Schlauch, Instrument und der führenden Hand fernhält.

56. Sitzung vom 11. Juli 1910.

Vorsitzender: Neumayer.
Schriftführer: Rud. Hoffmann.

Rud. Hoffmann: Anaphylaxie und interne Secretion. Ein Beitrag zu der Lehre vom Wesen und der Therapie des Heufiebers.

Das Wesentliche beim anaphylaktischen Zustand ist die periphere Vasodilatation. Es verdienen demnach die Drüsen mit interner Secretion, welche den Gefässtonus reguliren, eingehende Berücksichtigung. Bei einer „Ueberempfindlichkeit", dem Heufieber, wird gezeigt, welche Rolle bei ihrem Zustandekommen die Hyperfunction der Thyreoidea, deren Secret vasodilatatirt wird und blutdrucksenkend wirkt, spielt und auf die Erfolge hingewiesen, die nach der vom Vor-

tragenden empfohlenen Behandlung (Hydrastis, Ergotin und Staubinde) von Napoleczny und Hahn erzielt wurden. H. hat in letzter Saison von Bestrahlungen der Schilddrüse bei Heufieber Gutes gesehen.

Discussion: Wassermann, Scheibe, Nadoleczny, Benjamin, Chosrojeff.

Rud. Hoffmann: Einfluss der Nasenätzung auf den Exophthalmus.

H. weist auf einen früheren Vortrag an dieser Stelle hin, in dem er seine Anschauung vom Wesen des Basedow-Exophthalmus (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 69. Heft 3/4) und die Beeinflussung des letzteren, der Struma etc., durch Galvanokaustik der Nasenmucosa schildert. H. berichtet über 3 weitere Fälle, wo es ihm auf diesem Wege gelang, die Protrusio bulbi um 3—4 mm zurückzubringen und über mehr als ein Dutzend vasculärer Strumen, die auf diese Methode, wenn auch manchmal nur temporär, mit Reduction ihres Umfanges reagirten.

Demonstrationen:

Nadoleczny: Fall von Aphonia spastica.

Hecht: Fall von Tumor der mittleren Muschel.

Rud. Hoffmann: Zwei Fälle von Rachentuberculose, darunter ein äusserst schwerer mit heftigsten Schluckschmerzen, die seit 3 Wochen durch eine beiderseitige Alkoholinjection in den N. laryngeus superior völlig beseitigt sind.

Rud. Hoffmann.

---

d) St. Petersburger oto-laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. März 1909.

Vorsitzender: Nikitin.

1. Rydnik: Fall von Tuberculose des Rachens und weichen Gaumens (Demonstration).

Ophthalmoreaction negativ.

Zur Frage ergreifen das Wort P. Hellat und E. Maisel.

2. Bramson: Papilloma laryngis (Vorstellung).

Operative Entfernung. Die Geschwulst sass unter dem Stimmbande. Von anderer Seite war der Fall antiluetisch behandelt worden.

Goldstein erwähnt, dass antiluetische Behandlung bei ähnlichen Erkrankungen anfänglich gewöhnlich reducirend auf die Geschwulst wirkt.

Nikitin giebt bei renitenten syphilitischen Geschwülsten im Larynx Decoct. Zittmanni.

Heryng räth, in fraglichen Fällen die Wassermann'sche Reaction zu consultiren.

3. P. Hellat: Demonstration von Papillommassen, die bei einem 7jährigen Mädchen durch Laryngotomie (viermal im Verlaufe eines Jahres) entfernt wurden. Bei jeder neuen Laryngotomie liess sich eine Verringerung und

ein langsameres Erscheinen der Geschwulstmassen constatiren. Seit der letzten Entfernung ist kein Recidiv wieder aufgetreten. Bevor der Fall Redner überwiesen wurde, war bereits eine Tracheotomie ausgeführt worden. Die Canüle vertrug das Kind jedoch stets schlecht, hustete beständig und entwickelte sich wenig. In der letzten Zeit trotz Canüle Erstickungsanfälle und Blutungen. Erwähnenswerth wäre noch, dass das letzte Mal keine Trachealcanüle angewandt wurde. Sofortige Vernähung. Es traten keine Störungen danach auf, vielmehr fühlte sich das Kind bedeutend besser, hustete fast gar nicht.

Heryng hat bei Papillomen gute Resultate durch Phenol. sulforicic. erzielt, wobei das französische Präparat vorzuziehen ist.

Nikitin bestätigt die Anschauung von Heryng.

Hellat hält die Durchführung solcher langdauernden Behandlung bei ängstlichen Kindern für sehr schwierig.

Heryng: Arthritische Veränderungen im Larynx (Vortrag, wird veröffentlicht).

Nikitin, Goldstein, Shirmanski, Bomasch, Schwanebach sprachen von ihren Erfahrungen.

Winagrodow: Behandlung bösartiger Geschwülste des Kehlkopfes vermittelst Röntgenstrahlen (Vortrag, soll gedruckt werden).

Vortragender will gute Erfolge erzielt haben.

Bramsom macht darauf aufmerksam, dass Röntgenstrahlen nicht tiefer als 1—2 cm dringen und daher in Larynxfällen wenig Nutzen bringen.

Goldstein weist auf den Mader'schen Fall hin, von dem persönliche Mittheilungen vorliegen, dass nach 2 Jahren sich ein Recidiv einstellte.

Wiltschur weist auf den Fall von Schrötter hin, in dem kein Recidiv beobachtet wurde. Auch er hatte die Gelegenheit, einen Patienten $1/2$ Jahr zu sehen, während welcher Zeit ein Recidiv nicht auftrat.

Schwanebach lenkt die Aufmerksamkeit auf die Schwierigkeit der Diagnose in ähnlichen Fällen.

Nikitin hat es sich zur Regel gemacht, jeden Fall antiluetisch zu behandeln.

Sitzung vom 13. November 1909.

Vorsitzender: Nikitin.

1. Shirmanski: Demonstration: Patientin mit einem Infiltrat auf der Zunge und zwei Geschwülsten am Hals unter dem Kiefer. Die eine derselben ist mit Narben bedeckt. Redner stellt den Fall zur Diagnose vor.

Forestin: Scheinbar handelt et sich um tertiäre Lues.

Höhlein kann das nicht acceptiren.

Bramann neigt zur Ansicht, dass Aktinomykose vorliegt.

2. Nikitin: Demonstration: Patientin bemerkte vor 2 Monaten Heiserkeit, nach 3 Wochen Dyspnoe, stenotisches Athmen. Unter den Stimmbändern eine Geschwulst, das rechte Stimmband geröthet. Keine Bacillen. Spitzenkatarrh. N. hält den Fall für Tuberculose. Ung. colloidal. Credé verringert die Geschwulst.

Höhlein weist auf die schnelle Abnahme der Geschwulst hin, welche gegen Tuberculose spricht.

P. Hellat: Zur Rhinoplastik (Demonstration).

Die eben vorgestellte Patientin gehört zu der Reihe, welche ich im vergangenen Jahre zu zeigen die Ehre hatte. Das Knochen- und Knorpelgerüst der Nase hatte so sehr gelitten, dass es für das Paraffin keinen Stützpunkt bietet. Für solche Fälle schlägt Studenski ein künstliches Gerüst vor. Meine Bemühungen gehen von anderen Gesichtspunkten aus. Es hat sich gezeigt, dass die Verkrüppelung und Einziehung der Nase nicht so sehr von Aplasie resp. Atrophie, als vielmehr von Narbenzügen, welche die Weichtheile um die Apertura piriformis fixiren, abhängt. Ferner hat sich herausgestellt, dass entzündliche Processe der Weichtheile nach der Operation als Hülfsmittel gegen die Aplasie mit Erfolg zu verwenden sind.

Ausgehend von diesen Voraussetzungen und der von vielen Seiten constatirten Thatsache, dass das Septum für die normale Gestalt der Nase kein unbedingtes Erforderniss ist, genügt es, die Weichtheile aus ihrer anormalen Verbindung zu lösen und so lange in der gewünschten Stellung zu erhalten, bis dieselbe genügende Festigkeit erlangt.

Um die Lösung ohne äussere Verletzung der Weichtheile durchzuführen, habe ich einen Weg eingeschlagen, der meines Wissens bei der Rhinoplastik bisher keine Anwendung gefunden hat, nämlich Decorticatio faciei.

Wie Sie sehen, ist die Nase bisher tadellos. Bei der Patientin, die ich Ihnen vor einem Jahre vorgestellt habe, ist sie bis jetzt unverändert.

Die Herstellung der Form geschieht auf dem auseinandergesetzten Wege leicht. Viel schwieriger ist die Aufgabe, die Nase in der erzielten Gestalt zu erhalten. In diesem Falle habe ich bisher durch Tampons die Form zu erhalten gesucht. Man muss jedoch nach einem geeigneten Material suchen. Sehr geeignet erscheint Gummiröhre in kleingeschnittenen Stückchen. Es ist elastisch und zersetzt sich nich nicht.

Olchin, Rydnik, Iljisch, Erbstein und Andere richten verschiedene Fragen an den Demonstranten.

Der Vorsitzende drückt die Zufriedenheit der Versammlung für die überaus interessante Mittheilung aus.

Sitzung vom 8. Januar 1910.

Vorsitzender: W. Okunew.

1. W. Okunew: Vorstellung eines Patienten mit tuberculösen Geschwüren im Rachen und Larynx, bei dem von einem anderen Arzte syphilitischer Ausschlag constatirt worden sei. Gegenwärtig sind keine Anzeichen von Syphilis vorhanden.

Nikitin hält den Fall für tuberculös, möchte aber zur Controle Kal. jod. empfehlen.

Wiltschur möchte die Mandelgeschwüre eher für luetisch halten; ebenso Litschkas.

Hellat hat von Jodkali bei Tuberculose nur nachtheilige Folgen gesehen: ebenso Iljisch.

2. Vorstellung eines Ohrenfalles.

3. W. Nikitin: 49jähriger Patient bekam vor 2 Jahren Heiserkeit, die in vollständige Aphonie überging. Gegenwärtig ist nur eine Schwellung beider falscher Stimmbänder, sonst kein Zeichen von Tuberculose oder Lues vorhanden. Galvanokaustik der Schwellung brachte keine Erleichterung. Koch'sche Reaction fiel beim 3. Male positiv aus.

Goldstein und Bramson halten die Erkrankung trotz der Koch'schen Reaction für Lues.

4. Höhlein: 67jähriger Patient. Seit 3—4 Monaten heiser. Das rechte Stimmband verdickt, höckerig. Die Schwellung reicht über die ganze Larynxhälfte. Probeexcision lässt sich nicht machen.

Hellat möchte Carcinom ausschliessen, da beinahe der ganze Larynx gleichmässig erkrankt und der Allgemeinzustand durchaus zufriedenstellend ist. In der Bewegung keine besonderen Unterschiede.

Bramson schliesst sich Hellat an.

5. Olchin: Patient ist seit einem Jahre heiser; in der linken Hälfte des Hypopharynx eine harte Geschwulst, welche den Kehlkopf ganz bedeckt. Nach Jodkali eine Verkleinerung. Wassermann'sche Reaction positiv. Also handelt es sich um Gumma.

Nikitin schliesst sich dem an.

6. Bomasch: Verkrüppelung der rechten Ohrmuschel und Verödung des Gehörganges.

7. Sacher: Vortrag über Hydrarg. hyperox. in der Otiatrie.

P. Hellat.

---

e) II. Spanischer Congress für Chirurgie.

Madrid, 11. bis 16. Mai 1909.

Barajas (Madrid): Aspirationstroicart für den Pharynx.

Demonstration eines für die Eröffnung von Retropharyngealabscessen und Aspiration des Eiters bestimmten Apparates.

Tapia (Madrid): Beitrag zum Studium der Pachydermia laryngis.

T. berichtet über vier Fälle von flachen Tumoren der Stimmlippen, ganz ähnlich den von Rosenberg beim XIII. Internationalen Congress mitgetheilten. Er demonstrirt die histologischen Präparate.

Tapia (Madrid): Ein Fall von zweizeitiger totaler Larynxexstirpation. Demonstration des Patienten nebst mikro- und makroskopischen Präparaten.

Bei Gelegenheit dieses Falles setzt T. den Antheil der spanischen Laryngologen an der Entwicklung der Grosschirurgie des Larynx in das rechte Licht.

Ferner erörtert er die Indicationen und Contraindicationen und geht dann zur Mittheilung seines Falles über, in dem er den Larynx, die drei ersten Trachealringe, die Submaxillardrüse auf der rechten Seite, ein Drüsenpacket ebendaselbst und den Kropf entfernen musste. Die Operation fand in zwei Zeiten statt: 1. Exstirpation der Struma und Annähung der Trachea an die Haut. 2. Exstirpation des Larynx. Zwischen beiden Operationen blieb ein Zeitraum von 14 Tagen. Der Patient befindet sich in ausgezeichneter Gesundheit; seit der Operation sind zwei Jahre vergangen.

Landete (Madrid): Mundnasenprothesen.

L. stellt einen Fall vor, in dem er einen Theil des Gaumengewölbes, der Lippe und Nase durch Prothesenstücke ersetzt hat. Er bekennt sich als Anhänger der Anwendung von Prothesen, die er in Fällen von grösseren Missbildungen der chirurgischen Plastik vorzieht.

Landete: Staphylorrhaphie.

Entgegen der Ansicht Kirmison's räth L. dazu, die Operation so früh wie möglich vorzunehmen, besonders innerhalb der ersten drei Monate, und zwar aus folgenden Gesichtspunkten: 1. Der Shock ist geringer. 2. Die Knorpel sind noch nicht völlig verknöchert. 3. Die Muskeln des Gaumensegels atrophiren, wenn die Operation nicht in frühester Kindheit stattfindet. 4. Wenn der Gaumen vereinigt ist, so entwickelt sich der Alveolarrand des Oberkiefers zu einer fast völlig normalen Form. 5. Die definitive nachfolgende Deformität ist erheblich geringfügiger bei einer frühen Operation. Die Phonation wird ungleich besser. L. betrachtet das Brophy'sche Verfahren als das vollendetste.

Landete: Localanästhesie und Radicaloperation des Oberkieferempyems.

Injectionen von 2proc. Cocain-Adrenalinlösung in der Richtung des Foramen infraorbitale; zwei andere Injectionen in Höhe des ersten Molaris. Anästhesie der Fossa canina; Cocainisirung des Sinus; Gegenöffnung durch die nasale Wand. Die von ihm so ausgeführten Operationen waren fast schmerzlos.

De Llorente (Madrid): Die Intubation des Larynx und die Tracheotomie.

L. hat seit Gründung seiner Anstalt im Jahre 1894 8400 Fälle von Diphtherie behandelt; er hat mehr als 1000 Fälle intubirt mit dem Erfolg von 90 pCt. Heilungen trotz des schlechten Zustandes, in dem die Kranken sich meist befinden.

Folgerungen:

1. Die Intubation ist die bei diphtherischen Larynxstenosen, Glottisödem, syphilitischen Stenosen und anderen Fällen von vorübergehender Stenose am meisten indicirte Operation. Die Intubation wird von den Angehörigen meist lieber gesehen, als die Tracheotomie.

2. Die Intubation ist weniger complicirt.

3. Die Tracheotomie soll reservirt bleiben für die Fälle, wo die Intubation unmöglich gewesen wäre oder wo diese nicht die gewünschten Resultate gegeben hätte.

4. Die Intubirten müssen durch die Nase ernährt werden, um den Husten und Larynxgeschwüre, Bronchopneumonie, die durch den Eintritt von Nahrung in die Luftwege entstehen könnten, zu vermeiden.

5. Die Statistiken der Intubation sind in Bezug auf die Heilungen denen der Tracheotomie überlegen.

Ribera (Madrid): Einige technische Gesichtspunkte in der Chirurgie der Zunge und der Kiefer.

1. Die Chloroformanästhesie soll in allen Fällen von Exstirpation der Zunge und des Ober- und Unterkiefers angewendet werden.

2. Die vorhergehende Ischämie bei Resection des Ober- und Unterkiefers ist absurd; in der Mehrzahl der Fälle von Zungenexstirpation ist sie völlig unnütz und ihre Anwendung keineswegs nothwendig.

3. R. versteht nicht, wie man bei diesen Arten von Operationen der vorhergehenden Tracheotomie das Wort reden kann.

Botella (Madrid): Einige Modificationen in der Technik der Totalexstirpation des Larynx.

B. empfiehlt die Exstirpation in zwei Zeiten. Seine Modificationen betreffen die Lappenbildung. In der ersten Sitzung wird mittelst Verticalschnitts die Trachea freigelegt, deren Stumpf an die Haut angenäht wird. In der zweiten Sitzung werden zwei Horizontalschnitte gemacht, einer in Höhe des Zungenbeins, der andere in Höhe des Ringknorpels von der Mittellinie bis hinter den Sternocleidomastoideus auf der Seite der Drüsen. Diese Incisionen werden durch eine andere Verticale und Laterale vereinigt. Diese Lappenbildung erleichtert die Exstirpation der Drüse auf einer Seite.

Cisneros (Madrid): Die partiellen Laryngectomien.

C. betont die guten Resultate der partiellen Exstirpation in vielen Fällen; er wendet sich gegen die Ansicht vieler Laryngologen, dass, sobald das Vorhandensein des Carcinoms constatirt ist, die Totalexstirpation zu erfolgen habe. Zur Stütze seiner Behauptungen theilt er eine Anzahl von Fällen mit.

Gozanes: Diagnostischer und therapeutischer Werth der Oesophagoskopie.

Bei Fremdkörpern darf die Oesophagotomie nur dann vorgenommen werden, wenn die Oesophagoskopie nicht gelingt oder wenn der Oesophagus perforirt ist, beim Bestehen einer periösophagealen Phlegmone oder starker Blutung. Sitzt der Fremdkörper im oberen Theil des Oesophagus, so ist die Oesophagotomia cervicalis am Platz; sitzt er im mittleren Theil, so soll man die Oesophagoskopie durch die Wunde hindurch machen (traumatische Oesophagoskopie nach Tapia); sitzt er sehr weit unten, so mache man die Gastrotomie und durch die Magenwunde hindurch die Oesophagoskopie (retrograde traumatische Oesophagoskopie nach Tapia). Er theilt 8 Fälle von Fremdkörpern mit; 6 wurden mittelst Oesophagoskopie extrahirt, in zwei Fällen konnte constatirt werden, dass sich kein Fremdkörper im Oesophagus befand.

Bei den Stenosen kann man sich Rechenschaft geben über Ausdehnung, Form, Natur etc. derselben. Verf. erwähnt zwei Fälle von Narbenstenose der Cardia, die mittels Dilatation durch Laminariastifte geheilt wurden.

Botella: Practischer Werth der Oesophagoskopie.

B. setzt die Technik der Methode auseinander und berichtet über einen Fall von Narbenstenose, zwei Fälle von Oesophagusspasmus, einen periösophagealen Abscess, einen solchen von Trauma des Oesophagus, ein Carcinom und 13 Fremdkörper, von denen drei (zwei Fünfcentimesstücke und eine Zahnplatte) die Oesophagotomie nothwendig machten; in zwei Fällen wurde der Fremdkörper bei der Untersuchung in den Magen gestossen, zweimal wurde er nicht in dem Oesophagus gefunden und sechsmal wurden sie mittels Oesophagoskopie entfernt.

Tapia: 1. Persönliche Erfahrungen über directe Oesophagoskopie.

T. hat das Instrumentarium bereichert durch einen Rheostaten, einen ösophagoskopischen Dilatator, eine Zange, einen Stenosenerweiterer. Er hat 97 Fälle behandelt, die sich folgenderrmaassen vertheilen:

14 Fremdkörper; davon 10 durch Oesophagoskopie entfernt; Nichtvorhandensein von Fremdkörpern in 3 Fällen constatirt; Oesophagotomie einmal.

Spastische Stenosen 10 Fälle; Aerophagie 1 Fall; pharyngolaryngeale Lähmung 2 Fälle; caustische Stenosen 9; Narbenstenosen nach peptischen Geschwüren 4; extraösophageale Compression 8; Ulcerationen verschiedener Art 7; Syphilis (?) 3; Carcinom 30; diffuse Dilatation 2.

In 7 Fällen konnte die Diagnose nicht bei der ersten Untersuchung gestellt werden und die Patienten kamen nicht mehr wieder.

2. Persönliche Erfahrungen mit der Tracheobronchoskopie.

T. möchte die Bezeichnungen Tracheobronchoscopia superior und inferior ersetzt wissen durch die Benennungen „traumatoidale" oder „stomatoidal" je nachdem man die Tube durch die Tracheotomiewunde oder den Mund einführt.

Er hat die Methode angewandt in folgenden Fällen: Stück Olive im rechten Bronchus; Melonenkern im rechten Bronchus; ein Blutegel in der Trachea.

2 Fälle von Syphilis, 2 Fälle von Ozaena trachealis; Compression der Trachea durch Kropf 4 mal; Stenose der Bifurcation aus unbekannter Ursache einmal.

Calleja (Valladolid): Graduirte Sonden für die Dilatation des Oesophagus.

Guedea (Madrid): Operationstechnik einiger Pharynxneubildungen.

Incision von der Lippencommissur bis zum Sternocleidomastoideus; Hämostase; Exstirpation der Ganglien; Präparation zur temporären Unterbindung der Carotis; Durchtrennung des Unterkiefers; Incision der Mundschleimhaut, des Musc. digastricus und der Weichtheile bis man den Tumor entdeckt; Excision desselben. Definitive Blutstillung. Sutur der Schleimhaut und des Knochens und der Haut. Ernährung mittels Nasensonde.

Tapia.

---

f) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 12. Februar 1909.

Vorsitzender: Mahu.

Castex: 1. Pharyngotomia subhyoidea wegen Epithelioms der Epiglottis.

54jähriger Patient mit Carcinom der Epiglottis, das auch etwas auf die Zungenbasis überging. Drüsen waren nicht erkrankt. Es bestanden heftige Schluckschmerzen. Der Tumor wurde mit dem Thermokauter abgetragen. Eine Oesophagussonde wurde durch die Nase eingeführt. Resultat der Operation gut.

Ein zweiter ebenso operirter Patient starb 36 Stunden nach der Operation plötzlich, und zwar erklärt C. diesen plötzlichen Tod, den er auch bei einem Patienten mit Totalexstirpation und Vernähung der Trachea an die Haut zu beklagen hatte, durch ein diffuses, plötzlich auftretendes Lungenödem, dessen Ursache vielleicht in reflectorischer Reizung des Vagus und sympathischer Nervenfasern im Bereich des Pharynx zu suchen ist.

2. Demonstration: a) Patientin mit Carcinom der linken Nasenhöhle, dessen Entwickelung durch Adrenalinapplicationen hintenangehalten worden ist.

b) Zwei Fälle von linksseitiger Stimmbandlähmung, der eine infolge von Lues cerebri, der andere infolge tracheo-bronchialer Drüsen.

c) Heiserkeit infolge alter Amyotrophie der Stimmlippen infolge Pneumonie.

d) Ein perforirtes Papillom bei einem 41jährigen Mann.

Grossard stellt zwei Fälle zur Diagnose:

1. 50jähriger Mann mit grosser Ulceration, die zur Perforation des Gaumens geführt und den Oberkiefer ergriffen hat. Es handelt sich um die Differentialdiagnose zwischen Lues und Carcinom.

2. 20jähriges Mädchen mit seit 6 Jahren bestehender Aphonia nervosa. Alle gebräuchlichen Behandlungsmethoden haben fehlgeschlagen. G. denkt an eine Compression der Recurrentes durch eine Struma; es bestehen Basedowsymptome.

3. Patientin mit Lähmung des linken Stimmbandes, wahrscheinlich Folge einer tuberculösen Entzündung des Crico-arytaenoidgelenkes.

Koenig: Achtjähriges Mädchen mit völliger Vernarbung der hinteren Pharynxwand.

Die hinteren Gaumenbögen sind in der Mittelline verlöthet, so dass nur eine 7 mm dicke Sonde in den Nasenrachen passiren kann. Der Zustand ist die Folge einer vor einigen Jahren gemachten Tonsillotomie.

Paul Laurens: Troicart zur breiten Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Nase aus.

Lermoyez: 1. Polyp der Oberkieferhöhle.

L. demonstrirt ein Präparat, das zur Stütze der Ansicht dient, wonach die Ursprungsstelle der fibrösen Nasenrachenpolypen in der Oberkieferhöhle zu suchen ist. Es besteht aus einem eiförmigen Tumor, der den Nasenrachen einnahm, einem bandförmigen Zwischentheil, der im mittleren Nasengang sass und einer fächerartigen Partie, die den Sinus maxillaris einnahm.

2. Nasentuberculose.

Es handelt sich um eine Patientin mit der vegetirenden Form der Nasentuberculose, die im vorderen Theil der Nasenhöhle ihren Sitz und zu völliger Verlegung derselben geführt hatte. L. behandelte sie, wie er es jetzt in allen derartigen Fällen thut, nämlich: Ablösung der Nase, um sich breiten Zugang zu schaffen, systematische Resection des ganzen Scheidewandknorpels, gründliche Curettage der unteren Muscheln und des Nasenbodens. 14 Tage nach der Operation kann der Patient fast als geheilt betrachtet werden. Das Verfahren ist natürlich nur bei ausgedehnter Tuberculose anwendbar.

3. Immobilisirung der Stimmlippe.

Bei der vorgestellten Patientin trat vor 4 Wochen ein heftiger Schluckschmerz auf. Einige Tage darauf constatirte man eine lebhafte Röthung im Larynx und symmetrische aphthöse Geschwüre vor den Aryknorpeln. Diese Aphthen sind heute verschwunden. 8 Tage später zeigte sich eine starke Infiltration des linken Aryknorpels und gleichzeitig wurde das linke Stimmband unbeweglich in Intermediärstellung; heute besteht diese Unbeweglichkeit noch, obwohl der Aryknorpel seine normale Gestalt angenommen hat. Handelt es sich um eine Recurrenslähmung infolge Neuritis a frigore oder um eine acute Entzündung im Crico-arytaenoidgelenk infolge einer Infection der Kehlkopfschleimhaut? L. neigt der letzten Annahme zu. Bemerkenswerth ist, dass bereits einige Tage nach Immobilisirung des linken Stimmbandes dadurch eine Compensation eintrat, dass das rechte sich über die Mittellinie hinausbewegte.

Mahu: Radicalbehandlung des chronischen Oberkieferempyems auf nasalem Wege.

M. demonstrirt: 1. Die bereits in der Presse Médicale 1909, No. 12 beschriebenen Instrumente, nämlich eine perforirende Scheere und biegsame Curetten. 2. Eine Patientin, die vor circa 2 Monaten auf diese Weise in zwei Sitzungen operirt wurde. In der ersten Sitzung wurde die untere Muschel resecirt, in der zweiten Sitzung der Sinus trepanirt und curettirt. 3. Einen neuen Epiglottishalter. Das Instrument fasst die Epiglottis und zieht sie durch seine eigene Schwere nach vorn.

Gendreau: Behandlung der Ozaena mit hochfrequenten Strömen.

Vorstellung zweier seit vielen Jahren an Ozaena leidender und so behandelter Kranker.

Die angewandte Technik wird beschrieben.

Die Patienten können nach 12 Sitzungen als geheilt gelten. Foetor und Borkenbildung sind verschwunden.

Sitzung vom 8. April 1909.

Robert Foy: Passive Respirationsübungen.

F. demonstrirt eine Reihe von Patienten, die seit langem entweder an psychischem Unvermögen, durch die Nase zu athmen, litten oder eine osteomusculäre Insufficienz hatten und mittels des in einer früheren Sitzung demonstrirten Apparates zu passiven Athemübungen geheilt sind.

Es handelt sich um folgende Symptome: Constante Mundathmung bei Tag und Nacht, Schnarchen, Schlaflosigkeit, Alpdrücken, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Anämie; ungenügende Thoraxerweiterung. Alle diese Symptome sind nach 4—8 Sitzungen dauernd verschwunden; die Gewichtszunahme betrug 1—$3^1/_2$ Kilo; die Thoraxerweiterung nahm 1—3 cm zu.

Die Resultate kommen zu Stande infolge Kräftigung der Musculatur der Nasenflügel und des Gaumensegels, durch Recoordination der Athembewegungen; der Erfolg ist sicher, wenn man es mit Individuen zu thun hat, deren Nase und Nasenrachenraum frei sind. Als Ergänzung der Behandlung tritt in Fällen extremer Atrophie der Nasenflügel und des Gaumensegels die Vibration und Faradisation hinzu.

Mahu meint, dass bei den von Foy vorgestellten Patienten vor allen Dingen wohl der kalte Luftstrom als Excitans auf die Nasenschleimhaut wirke.

Mahu: 1. 36jähriger Mann, vor einem Monat wegen Oberkieferempyems auf nasalem Wege und vor acht Tagen wegen doppelten Stirnhöhlenempyems nach Ogston-Luc operirt.

2. 30jährige Frau wegen chronischen Oberkieferempyems auf nasalem Wege vor 3 Wochen operirt und noch nicht geheilt. M. schiebt diesen Misserfolg auf eine ungenügende Curettage des Sinus; es besteht eine Septumverbiegung, infolge deren die Nase so verengt ist, dass man die Curette nicht ordentlich handhaben kann.

Paul Laurens: Kalter prälaryngealer Abscess.

Es handelt sich um zwei Fälle; in dem einen geht der Abscess vom Zungenbein aus und nimmt die Regio thyreohyoidea sowie die Vorderfläche der Schilddrüse ein; klinisch täuschte er eine Schleimcyste vor. Der zweite Abscess geht vom Aryknorpel aus, ist subglottisch und hat sich von der Cricothyreoidregion entwickelt.

Veillard: Epitheliom des Kehlkops bei einer Frau.

Der Fall wurde zuerst für Tuberculose gehalten.

Koenig demonstrirt das in der vorigen Sitzung von ihm vorgestellte Mädchen mit Pharynxstenose.

Das Kind ist jetzt operirt. K. machte eine mediane Incision in dem Narbengewebe und machte, indem er seine Incisionen nach unten verlängerte, das Gaumensegel frei; er bildete so zwei seitliche Lappen und stellte den Pharynx völlig wieder her. Es wurde eine Prothese eingesetzt. Ernährung und Sprache sind jetzt völlig normal.

Delair demonstrirt die für diesen Fall von ihm angegebene sehr ingeniöse Prothese.

Guisez demonstrirt Patienten, bei denen sich ihm die Oesophagoskopie von Nutzen erwies.

1. Narbenstenose, wahrscheinlich von einem alten vernarbten Geschwür herrührend.

2. Ein Aortenaneurysma wurde durch Tracheoskopie und Oesophagoskopie diagnosticirt.

3. Zwei Fremdkörper; ein Hühnerknochen und ein Gebiss.

Lautmann (Paris).

III. Briefkasten.

Herr College Brünings (Jena) ersucht uns um Aufnahme folgender Mittheilung:

Wegen sehr starker Ueberzeichnung der April-Curse 1911 findet der

III. Fortbildungscurs für Specialärzte

in Jena schon vom 24. bis 29. October incl. statt unter Beibehaltung des bisherigen Programms. Die maximale Theilnehmerzahl ist wieder auf 15 festgesetzt. Nähere Auskunft ertheilt Privatdocent Dr. Brünings, Jena.

Personalnachrichten.

Dr. Markus Paunz hat sich an der Königl. Ungarischen Universität zu Budapest für Rhino-Laryngologie habilitirt.

Prof. Dr. O. Körner ist zum correspondirenden Mitgliede der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, November. 1910. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **J. Tandler. Emil Zuckerkandl †.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 6. 1910.*

Nachruf. HECHT.

2) **O. Chiari. Zum hundertsten Geburtstag Ludwig Türck's.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 7. 1910.*

Schilderung des Lebensganges Türck's und Würdigung seiner wissenschaftlichen Thätigkeit als Neuropathologe und als Begründer der Laryngologie. HECHT.

3) **Réthi** (Wien). **Zu Ludwig Türck's hundertstem Geburtstage.** *Wiener med. Wochenschr. No. 31. 1910.*

Aufzählung der grossen Verdienste Türck's um die Laryngologie nebst kurzem historischen Rückblick. HANSZEL.

4) **J. Schwalbe** (Berlin). **Otologie und Laryngologie oder Oto-Laryngologie?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Nach einer Zusammenstellung Prinzing's aus den Angaben des Reichs-Medicinalkalenders (Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1907) existirten 1906 in Deutschland nur 95 Otologen, 85 Specialisten für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, dagegen 686 Oto-Laryngologen. Verf. zeigt, dass die Statistik unrichtig ist. Im Reichsmedicinalkalender ist nämlich für Nasen-, Kehlkopf- und Kehlkopfkrankheiten nur ein Signum verwandt ohne Rücksicht darauf, ob die also Gekennzeichneten neben der Rhinologie zugleich Laryngologie als Specialität betreiben oder nicht. So ist dieses Signum neben die Namen zahlreicher Collegen gesetzt, die wohl Rhinologen, nicht zugleich aber Laryngologen sind, was Prinzing nicht wissen konnte. Und so ist die Gruppe der Collegen, die sich als Hals-, Nasen- und Ohrenärzte bezeichnen, kleiner, als sie Prinzing angegeben hat.

Soll nun an den Universitäten die Otologie von der Laryngologie abgetrennt oder sollen beide von demselben Docenten gelehrt werden? Verf. erkennt die Vereinigung für kleinere Universitäten als zweckmässig an, glaubt aber, dass an den grossen Universitäten die Trennung bestehen bleiben müsse. In Berlin z. B. müssten anderenfalls 22000 Kranke jährlich unter der Leitung eines einzigen Mannes behandelt werden, worunter der Unterricht Schaden leiden müsste.

ZARNIKO.

5) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 7. 1910.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

6) **H. O. Reik. Die Wirkung des Tabaks auf Ohr und obere Luftwege. (The effect of tobacco on the ear and upper respiratory tract.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 30. Juni 1910.*

Es scheint nicht — wenigstens ist es bisher nicht bewiesen — dass der Tabak irgend welche bestimmten und charakteristischen Veränderungen in Nase, Hals und Ohr verursacht. Wenn es auch möglich ist, dass der übermässige Gebrauch von Tabak eine toxische Wirkung auf den Riech- und Hörnerven hat mit daraus sich ergebender Beeinträchtigung des Geruchs und Gehörs, so giebt es bisher doch keinen experimentellen Beweis für diese Ansicht, noch eine genügende klinische Erfahrung. Die üblen Wirkungen des Tabakrauchs bei bereits bestehenden Halskrankheiten aus anderen Ursachen sind dieselben, wie bei jeder anderen Art von Irritation.

EMIL MAYER.

7) **Henry L. Swain. Halssymptome bei Syphilis und verwandten Zuständen. (Throat symptoms of syphilis and allied conditions.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1910.*

Nachdem Verf. die Differentialdiagnose der verschiedenen Ulcerationen im Hals besprochen hat, macht er einige therapeutische Vorschläge. Syphilitische Geschwüre bepinselt er mit einer Sublimatlösung — 1 : 200 bis 1 : 250 — bei gleichzeitiger Allgemeinbehandlung. Bei Angina Vincenti wendet er mit Vortheil eine 10proc. Chlorzinklösung an.

H. Arrowsmith (Brooklyn) hält die Angina Vincenti für viel häufiger, als man glaubt, und die Möglichkeiten eines schweren Verlaufes für sehr gross. Nicht allein die Weichtheile werden ergriffen, wie man allgemein annimmt, sondern auch Knorpel und Knochen (? ! Red.); einige tödtliche Fälle sind bereits beschrieben, und wenn man die Krankheit besser erkennen würde, würde sich eine höhere Mortalität herausstellen.

EMIL MAYER.

8) **France J. Quinlain. Halssymptome bei exanthematischen Krankheiten, Masern, Scharlach, Rötheln. (Throat symptoms of exanthemata, measles, scarlet fever, thrush in children.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1910.*

Verf. schildert die bekannten Erscheinungen seitens der oberen Luftwege bei den exanthematischen Krankheiten. Er erwähnt, dass auch bei Rötheln Erstickungszustände auftreten können, die die Tracheotomie oder Intubation nöthig machen.

EMIL MAYER.

9) **Lewis A. Coffin. Halssymptome bei Typhus. (Throat symptoms in typhoid fever.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1910.*

Verf. erwähnt einen Fall, in dem confluirende Geschwüre des Gaumens und ausgedehnte Entzündung und Oedem der Uvula vorhanden waren. Aetiologisch kam nur Typhus in Betracht.

EMIL MAYER.

10) **Gerber** (Königsberg). **Die Zunahme des Skleroms in Ostpreussen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1910.*

G. weist auf das gehäuftere Vorkommen des Skleroms in Deutschland hin, das in Schlesien und Ostpreussen zwei compacte Herde besitzt, und berichtet in extenso über 4 Fälle, die er eingehend epikritisch bespricht. Er weist auf Grund der typischen Veränderungen im Nasopharynx (alte bindegewebige Veränderungen) darauf hin, dass hier der Process fast immer beginnt. Die histologischen Untersuchungsergebnisse waren spärlich, die bakteriologischen ergaben in 3 Fällen ein positives Resultat. Die wiederholt vorgenommene Wassermann'sche Reaction ergab immer negative Resultate bis auf ein unsicheres (schwach positiv im Falle 3), Eine energische Therapie im Anfangsstadium scheint Erfolge zu gewährleisten. Zum Schlusse mahnt Gerber, prophylaktisch einer weiteren Verbreitung dieser furchtbaren Krankheit mit aller Energie entgegenzutreten.

HECHT.

11) **O. Frankenberger** (Prag). **Die Verbreitung des Skleroms in Böhmen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

Verf. hat die gesammelten Fälle von Sklerom der oberen Luftwege auf einer Karte von Böhmen eingezeichnet, auf der die Vertheilung derselben schön übersehen werden kann.

Es ist anzunehmen, dass die Krankheit aus Oberschlesien und Nordmähren sich langsam nach Böhmen ausbreitet.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

12) **Murray Farlane. Die Plasmalösung bei Erkrankungen von Auge, Nase und Hals. (The plasma solution in affections of the eye, nose and throat.)** *The Canadian Practitioner and Review. October 1909.*

Verf. verwendet Tabletten, die die activen Blutsalze enthalten und die zu 1000 Tropfen Wasser hinzugefügt eine Lösung von derselben Alkalescenz, demselben specifischen Gewicht und kryoskopischem Index ergeben, wie das defibrinirte Plasma.

EMIL MAYER.

13) **Walther Koch. Ueber bedrohliche Zufälle bei Anwendung von Mentholpräparaten im Säuglingsalter.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1910.*

Bericht über einen Fall von langdauerndem Laryngospasmus bei einem 3 Wochen alten Kinde, hervorgerufen durch Coryfineinpinselung in die Nase bei acuter Rhinitis.

HECHT.

14) **Rob. Meyer** (Berlin). **Ueber die Anwendung des Coryfins in der Rhino-Laryngologie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41.*

Empfehlung des Coryfins, eines Mentholderivats der Elberfelder Farbenfabriken, bei acutem Schnupfen, bei acuten Rachen- und Kehlkopfaffectionen, nach Larynxoperationen.

ZARNIKO.

15) **Gaudier. Ein neues locales Anaestheticum: Salzsaures Chinin und Harnstoff.** *Presse Médicale. No. 53. 1910.*

Ueber dieses Doppelsalz existiren bisher eigentlich nur engliche Arbeiten, die es als ein sehr zuverlässiges Anaestheticum von langer Dauer, leichter Löslichkeit und Haltbarkeit anpreisen. Soweit die wenigen bisherigen Versuche ein Urtheil gestatten, ist es als gefahrlos zu bezeichnen. Man kann es in 1 proc. Lösung zu subcutaner, submucöser Injection und in 10—20 proc. zu Pinselungen verwenden. Vasomotorische Eigenschaften scheinen ihm nicht zuzukommen, doch verträgt es den Zusatz von Adrenalin, worauf es dann auch anämisirend wirkt, wenngleich nicht so mächtig, wie in der Mischung Cocain-Adrenalin. Die Anästhesie stellt sich weniger rasch ein wie nach Cocain, ist auch weniger intensiv, kann aber bis über mehrere Stunden in ungeschwächter Weise fortdauern, ja Tage lang noch als Hyperästhesie fortwirken. In subcutaner Anwendungsweise hat das Doppelsalz auch den Nachtheil, dass es Verhärtungen an der Einstichstelle hinterlässt. Es steht also dem Cocain in vielen Punkten nach und wird es dasselbe aus der operativen Technik nicht verdrängen. Hingegen scheint es angebracht da, wo grössere Mengen Cocain angewendet werden müssten und wo eine länger dauernde Anästhesie erwünscht ist. Ohne es speciell erprobt zu haben, glauben wir, dass es in der Tracheo-Bronchoskopie z. B. versucht werden kann, namentlich wenn es sich nicht um schwere Fälle von Fremdkörpern handelt. LAUTMANN.

16) **W. Hoffmann** (Berlin). **Sind die zur Lumbalanästhesie verwandten Tropacocain-Suprarenin- und Novocain-Suprarenintabletten steril?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1909.*

Verf. fand die meisten der von der Firma Pohl in Schönbaum bei Danzig als steril bezeichneten Tabletten bakterienhaltig. Eine zuverlässige Sterilisation der Tabletten in Substanz ist unausführbar, weil sich dabei das Suprarenin zersetzt. Dagegen können Novocain-Suprareninlösungen durch 5—10 Minuten langes Kochen in strömendem Wasserdampf zuverlässig sterilisirt werden.

ZARNIKO.

17) **H. Braun** (Zwickau). **Die Sterilisation von Novocain-Suprareninlösung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1909.*

Die bakteriologische Untersuchung von Novocain-Suprarenintabletten der Höchster Farkwerke und von Tropacocain-Suprarenintabletten der Firma Pohl ergab zwar die Keimfreiheit dieser Tabletten — im Gegensatz zu der Behauptung Hoffmann's (Deutsche med. Wochenschr. 1909. No. 26) —, trotzdem ist eine Sterilisation der Lösung unmittelbar vor dem Gebrauch erwünscht. Diese kann ohne Schaden durch Kochen erfolgen, wenn man nur durch Zusatz von 2 Tropfen von Acid. hydrochlor. dilut. auf 1 Liter die zu verwendende Kochsalzlösung leicht ansäuert. Verf. giebt ferner an (was Ref. bestätigen kann), dass das synthetische Suprarenin weit weniger wirksam ist, als das natürliche. ZARNIKO.

18) **Sidorenko. Zur Technik intravenöser Hedonalanästhesie. (K technike tonutriwennawo gedonalnawo usiplenija.)** *Russ. Wratsch. p. 828. 1910.*

Nachdem Krawkow intravenöse Anästhesie vermittelst Hedonaleinspritzung

in Vorschlag gebracht und an Thierexperimenten die practische Anwendbarkeit erprobt hatte, gewinnt diese Narkose in Russland immer mehr und mehr Anhänger. Nach Prof. Fedorow haben diese Narkose an Menschen Prof. Oppel und Andere versucht. Sidorenko hat sie bereits in 60 Fällen angewandt, wobei die Narkose einen „grossartigen Eindruck" machte. 6jährige schwächliche Kinder und 70jährige myocarditische Greise ertrugen sie in gleich wenig empfindlicher Weise. Keinmal wurde Erbrechen während der Operation oder vor derselben beobachtet, nur zweimal nach der Operation. Beim schnellen Einspritzen kann es zu Athmungsstockungen kommen. Werden aber 50—60 ccm in der Minute eingegossen, so bleiben diese Störungen aus. Von Seiten des Pulses wurden keine erheblichen Veränderungen bemerkt. Zuweilen wurde nach der Operation eine bedeutende Erregung notirt. Embolische Erscheinungen wurden nicht beobachtet.

Die Lösung von Hedonal wird mit physiologischer Kochsalzlösung (0,75proc.) bei Erwärmung derselben bis zu 75° hergestellt. Danach wird sie filtrirt und dann in fliessendem Dampf (100°) sterilisirt. Dem zu Operirenden wird die Lösung in die Vena med. oder cephal. gegossen, wobei der die Lösung enthaltende Irrigator 60—70 cm hoch steht. Eingiessungen werden zu wiederholten Malen vorgenommen, bis zu 5 mal. Die eingeführte Gesammtmenge betrug 150—1350 ccm.

Bei kurzdauernden Operationen ist eine einmalige Eingiessung hinreichend.

(Wenn sich diese Anästhesie bewähren sollte, so würde das einen bedeutenden Fortschritt für rhino-laryngologische Operationen bedeuten. Referent.)

P. HELLAT.

19) **E. Avril. Die Cocainomanie. (La cocaïnomanie.)** *Dissert. Lyon 1908.*

Die Cocainomanie entsteht entweder auf nasalem Wege durch Schnupfen oder Einstäubung hoher Dosen von Cocain (Verf. zählt 6 solcher Krankengeschichten auf) oder im Anschluss an Cocaininjectionen, die bei Morphinisten während der Entziehungscur als Linderungsmittel gebraucht werden. Die Cocainintoxication, auf nasalem Wege entstanden, ist weniger schwer als die Intoxication im Anschluss an Injectionen. Bei der Cocainomanie nasalen Ursprunges fehlt das Fremdkörpergefühl in der Haut und der dadurch bedingte lästige Juckreiz. Bei der Cocainomanie, entstanden auf nasalem Wege, gelingt die Heilung nicht selten auch ohne Anstaltsbehandlung.

OPPIKOFER.

20) **Ernest B. Bradley. Tod in Narkose infolge Status lymphaticus. (A death under anesthesia due to status lymphaticus.)** *Journal American Medical Association. 8. Mai 1910.*

Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, bei dem zum Zweck der Operation von tuberculösen Halsdrüsen die Narkose gemacht wurde, und zwar wurde sie mit einigen Tropfen Chloroform eingeleitet und mit Aether fortgesetzt. Nach fünfviertelstündiger Operation Exitus infolge gleichzeitigen Herz- und Athemstillstandes. Vollständige Section verweigert. Die Thymusdrüse wog 9 g, die vom Halse entfernten Drüsen zusammen 92 g.

EMIL MAYER.

21) **August Schachner. Demonstration von Doyens Anästhesirungsapparat. (Exhibition of Doyens Anesthetic apparatus.)** *Kentucky Medical Journal. 15. December 1909.*

Beschreibung eines in seinen Hauptbestandtheilen aus Intubationstube, Mundsperrer und Chloroformtropfvorrichtung bestehenden Apparates, der es ermöglicht, in Nase und Mundhöhle zu operiren, ohne dass Blut in die Luftwege geräth, genau das Princip der Kuhn'schen peroralen Tubage.

EMIL MAYER.

22) **Arth. Hartmann** (Berlin). **Ein sterilisirbarer Höllensteinhalter.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Beschreibung eines kleinen Instrumentchens, das einen in Bezug auf Asepsis einwandfreien Ersatz der üblichen Foderposen oder Holzhülsen darstellt.

ZARNIKO.

23) **Harold Hays. Einige Halsinstrumente. (Some instruments for throat work.)** *American Journal of Surgery. Juli 1910.*

Ein Zungenspatel, Tonsillenmesser, Kryptendilatator und -Irrigator werden beschrieben.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

24) **Harvey Cushing. Die Functionen der Hypophysis. (The functions of the pituitary body.)** *American Journal of the Medical Sciences. April 1910.*

Verf. giebt eine zusammenfassende Uebersicht über unsere Kenntnisse betreffend die Function der Hypophysis.

EMIL MAYER.

25) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Frage der Hypophysisoperation.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1909.*

Die zuerst von Schloffer ausgeführte Operation eines Hypophysentumors ist ursprünglich von Löwe angegeben. Derselbe empfiehlt aber im vorliegenden Artikel zu demselben Zweck die Pharyngotomia suprahyoidea, mit der man einfacher und vollkommener zum Ziele käme. Details in der Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Jahrg. 43. No. 3.

ZARNIKO.

26) **J. Montgomery West. Die Chirurgie der Hypophysis vom Standpunkt der Rhinologen. (The surgery of the hypophysis from the standpoint of the rhinologist.)** *Journal American Medical Association. 2. April 1910.*

Verf. schlägt einen transnasalen Weg vor; man folgt dabei zum Keilbein der Zuckerkandl'schen Linie, entfernt soviel wie nöthig ist von den Muscheln, die ganze vordere Keilbeinhöhlenwand, ein viereckiges Stück vom Septum nebst dem Septum sphenoidale und eröffnet schliesslich die Sella turcica. Er meint, dass der grössere Theil dieser Operation unter Localanästhesie vorgenommen werden kann. Durch Adrenalinanwendung kann die Nase so erweitert werden, dass man einen grossen Abschnitt der vorderen Keilbeinhöhlenwand mit der Rhinoscopia anterior sehen kann. Die Eröffnung der Keilbeinhöhle ist heute eine alltägliche Operation und es bedeutet nur einen Schritt weiter, wenn man durch die

Keilbeinhöhle hindurch die Sella turcica in Angriff nimmt. Die Methode eignet sich besonders, um den unteren und hinteren Theil der Hypophysis zu entfernen.

EMIL MAYER.

27) **O. Hirsch. Operation eines Hypophysentumors auf endonasalem Wege.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 8. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1910.*

Die etappenweise mit bestem Erfolge ausgeführte Operation beruht in der endonasalen, breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle, Aufmeisselung des Hypophysenwulstes, Schlitzung der Dura und schliesslich in der Freilegung und partiellen Entfernung des Tumors.

Die grossen Vortheile dieser Methode sind zunächst die Localanästhesie, der Wegfall jeder äusseren Verletzung, sowie die minimale Blutung.

HANSZEL.

28) **O. Hirsch. Zur endonasalen Operation von Hypophysentumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 13. 1910.*

H. berichtet über eine neuere Methode seines endonasalen Operationsweges, wobei beide Keilbeinhöhlen und der Hypophysenwulst in einer Sitzung in Localanästhesie bei minimaler Infectionsgefahr eröffnet werden. Die submucöse Septumresection dehnt sich auch auf das Rostrum sphenoidale, sowie auf die vordere Wand beider Keilbeinhöhlen aus, wodurch der Hypophysenwulst in einer allen Anforderungen entsprechenden Weise freigelegt erscheint.

HANSZEL.

29) **O. Hirsch. Endonasale Operation der Hypophyse.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 17. Juni 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1910.*

Auch diesen zweiten Fall operirte H. in Localanästhesie, diesmal in einer Sitzung und mit Benutzung der submucösen Septumresection zur Eröffnung der Keilbeinhöhle bezw. Freilegung der Hypophyse, was die Infectionsgefahr durch Schaffung eines von der Nasenhöhle abgesonderten Raumes auf ein Minimum reducirt.

HANSZEL.

30) **Fein** (Wien). **Zur Operation der Hypophyse.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1910.*

Durch Versuche am Cadaver konnte sich F. überzeugen, dass der Weg durch die Kieferhöhle, Siebbein, Keilbeinhöhle zur Hypophyse die Vorzüge der von Hirsch angegebenen endonasalen Operationen mit denen der Schloffer'schen Methode zweckmässig vereinigt.

HANSZEL.

31) **Karl Kofler** (Wien). **Beitrag zur Behandlung mittlerer Synechien.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 3. 1910.*

Mittheilung eines Falles von diffuser theils fibröser, theils knöchener Synechiebildung einer Nasenseite mit complicirender Thränennasensackfistel als Folge einer Masernerkrankung in der Jugend. Da intranasale Eingriffe versagten, Operation nach Denker, die unter entsprechender Nachbehandlung einiger Complicationen sowohl bezüglich Wiederherstellung der Luftdurchgängigkeit der Nase, wie auch dauernder Freilegung des Ductus nasolacrymalis und Beseitigung der

Fistel zu einem sehr befriedigenden Resultate führte. Anschliessend Erörterung der mannigfachen Methoden zur Beseitigung intranasaler Synechien, je nach Sitz und Symptomen, unter deren Aufzählung Ref. die für manche Fälle sehr geeignete Verwendung der Elektrolyse vermisst.

HECHT.

32) **Kaufmann. Behandlung der nasalen Synechien durch Caoutchoucdilatation. (Traitement des synechies nasales par la dilatation caoutchoutée.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 21. 1910.*

Es werden drei Fälle mitgetheilt, bei denen zur Dilatation gewöhnliche Drainröhren von 5—10 mm Dicke in die Nase eingeführt wurden. Im ersten Falle handelte es sich um eine rechtsseitige Obstruction der Nase aus unbekannter Ursache. Die Obstruction war eine totale und durch eine breite Synechie bedingt. K. operirte durch Incision von aussen, entfernte alles Nachbargewebe und glaubte eine volle Passage hergestellt zu haben. Als er den Patienten 10 Tage später sah, bestand nur noch eine schmale Spalte an Stelle der durch Operation erzeugten Höhle. Caoutshoucdilatation und Heilung in 2 Wochen. Im zweiten Falle entstand eine operative Synechie nach Abtragung einer Crista und der unteren Muschel. Heilung durch Dehnung mittels Caoutshoucdrains. Im dritten Falle handelte es sich um eine, vielleicht heredosyphilitische Rhinitis mit starker Hypertrophie der unteren Muschel. Heilung durch antisyphilitische Cur verbunden mit elastischer Dilatation. Die Technik ist einfach. Es genügt, alle zwei Tage das Drain zu wechseln und die Nase mit H_2O_2 zu desinficiren.

LAUTMANN.

33) **H. Gradle. Intraoculäre Erkrankungen verursacht durch Nebenhöhlenaffectionen. (On intraocular disease brought on by disease of the nasal sinuses.)** *Ophthalmology. April 1909.*

Verf. bespricht erstens die Fälle, in denen keine acuten Augenerkrankungen, sondern nur Symptome seitens des Auges — Schmerzen, Asthenopie — vorhanden sind, dann die von der Nase ausgehenden Erkrankungen des Thränenapparates, ferner die phlyctenuläre Keratitis, Erkrankungen des N. opticus vom Siebbein und Keilbein aus. Verf. berichtet über vier Fälle von Chorioiditis mit mehr oder minder ausgesprochener Betheiligung der Retina, die mit Sinuserkrankungen auf derselben Seite einhergingen; Verf. hält einen Zusammenhang zwar nicht für absolut bewiesen, aber für wahrscheinlich.

EMIL MAYER.

34) **Christian R. Holmes. Secundäre Erkrankungen des Auges und der Orbita bei pathologischen Veränderunges in der Nase und den Nebenhöhlen. (Diseases of the eye and orbit secondary to pathologic changes in the nose and accessory sinuses.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1909.*

Verf. stimmt mit Birch-Hirschfeld's Ansichten über den Gegenstand überein. In Bezug auf Diagnose und Behandlung bei Verdacht auf Stirnhöhlenempyem steht Verf. auf dem Standpunkt, man solle, wenn alle diagnostischen Hülfsmittel im Stich lassen, eine probatorische Eröffnung der Stirnhöhle von aussen machen. Seit dem Jahre 1895 hat er oft in solchen Fällen eine kleine Oeffnung mit dem Drillbohrer gemacht, und wenn die Höhle gesund gefunden wurde, wieder

zugenäht. Die Heilung erfolgt immer per primam und nach 2 Wochen ist kaum eine Narbe auffindbar.

Verf. warnt davor, in Fällen, wo man es mit einer Streptokokkeninfection zu thun hat, wenige Tage vor einer ausgedehnten äusseren Operation kleine intranasale Eingriffe zu machen, da dadurch die vorhandenen Streptokokken zu höherer Virulenz angefacht würden und die Gefahr einer erysipelatösen Infection der Hautwunde bestände.

Wenn es bei einer acuten Stirnhöhlenentzündung sich als absolut nothwendig erweist, dem eingeschlossenen Eiter Abfluss zu verschaffen, so empfiehlt es sich am meisten, eine kleine Oeffnung im Stirnhöhlenboden anzulegen.

EMIL MAYER.

35) **Onodi. Die oculoorbitalen, intracraniellen und cerebralen Complicationen von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (The oculo-orbital, intracranial and cerebral complications of diseases of the nasal accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. November 1909.*

Scheint identisch mit der in der Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie etc. Bd. VII. Heft 1 (Ref. Centralbl. 1910. S. 404) erschienenen Arbeit des Verf.'s.

EMIL MAYER.

36) **Edward J. Bernstein. Verursachen Nebenhöhlenerkrankungen Keratitis parenchymatosa? (Do diseases of the accessory sinuses cause keratitis parenchymatosa?)** *Annals of Ophthalmology. Januar 1910.*

Sorgfältige Untersuchungen führen zu einer negativen Beantwortung der Frage.

EMIL MAYER.

37) **L. Laub** (Budapest). **Durch Nebenhöhlenerkrankung verursachte Erblindung. Operation. Heilung.** *Orvosi Hetilap. No. 23. 1910.*

Vor 8 Jahren Lues. Seit 3 Jahren Kopfschmerzen, Schwindel und Naseneiterung. Oedem der Stirngegend. Papillitis auf beiden Augen, rechts stärker, mit beginnender Atrophie und Amaurose. Nasengänge mit Borken ausgefüllt. Es wurde viel nekrotischer Knochen entfernt, beide eiternde Keilbeinhöhlen eröffnet. Mit Ausnahme der rechten Stirnhöhle eiterten sämmtliche Nebenhöhlen. Die linke Keilbeinhöhle wurde ausgekratzt. Nach 14tägiger Behandlung mit Spülungen wesentliche Besserung, Aufhören der Kopfschmerzen. Schmiercur, Jodkali, jedoch keine Besserung des Sehvermögens. Nach Punction einer hinteren Siebbeinzelle rechts floss viel schleimiges Secret ab und Patient entdeckte sofort, dass er wieder sehen konnte.

POLYAK.

38) **Joseph C. Beck. Vaccinetherapie bei einigen Eiterungen in Nase und Ohr; sowie Technik der Bestimmung des opsonischen Index. (Vaccine therapy in some supparations of the nose and ear; also technic for determining opsonic index.)** *The Largngoscope. Mai 1908.*

Verf. verfügt über 11 Fälle; alle Fälle waren, bevor die Therapie mit entogenen Vaccinen eingeleitet wurde, ohne Erfolg mit den üblichen Methoden behandelt worden. In allen wurde der opsonische Index niedriger als normal gefunden:

in einem war er 0,3, in dem der Norm am nächsten kommenden 0,76. In allen Fällen ohne Ausnahme war eine entschiedene Besserung zu beobachten und einige der Fälle sind geheilt, obwohl in den chronischen Fällen nicht genügend lange Zeit vergangen ist, um ein absolut sicheres Urtheil zu fällen. EMIL MAYER.

39) **Cornelius G. Coakley. Erkrankungen der Nebenhöhlen, bei denen Operationen von aussen indicirt sind. (Diseased conditions involving the accessory sinuses in which external operation is indicated.)** *Journal of the American Medical Association. 23. September 1909.*

Vor der Entscheidung, ob intranasale oder äussere Operation, ist nöthig, alle diagnostischen Hülfsmittel zu erschöpfen, ferner den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten zu erwägen, wenn möglich auch zu entscheiden, ob es sich um eine einfache Entzündung eines vorher gesund gewesenen Sinus oder eine acute Exacerbation eines chronisch erkrankten handelt, denn in letzterem Falle ist es besser, die äussere Operation zu verschieben, bis die acuten Symptome verschwunden sind.

Die chronischen Erkrankungen der Stirn-. Siebbein- und Keilbeinhöhle, die äussere Operation erfordern, sind folgende: Bei Polypenbildung in der Nase; bei sehr grosser Stirnhöhle mit ausgedehnten Ausbuchtungen; bei geschlossenen Stirnhöhlenempyemen (häufige Attacken von Supraorbitalschmerz ohne erheblichen Ausfluss bei positivem Röntgenbefund); bei Cysten der Stirnhöhle und des Siebbeins; bei Fistelbildung.

Chronische Oberkieferhöhlenempyeme heilen nach C.'s Erfahrung fast immer aus, wenn eine grosse Oeffnung vom unteren Nasengang angelegt wird; heilen sie danach nicht, so fahndet er auf Erkrankungen der anderen Höhlen, nach deren Behandlung dann auch das Antrum ausheilt. EMIL MAYER.

40) **Hanau W. Loeb. Eitrige Nebenhöhlenerkrankungen, bei denen eine intranasale Operation indicirt ist. (Suppurative accessory sinus diseases in which an intranasal operation is indicated.)** *Journal of the American Medical Association. 25. September 1909.*

Verf. empfiehlt für die Oberkieferhöhlenempyeme die Eröffnung vom unteren Nasengang und beschreibt die Technik der Operation; der intranasalen Operation bei Stirnhöhlenempyem räumt er nur eine beschränkte Berechtigung ein. Was die Keilbeinhöhle anbetrifft, so erinnert L. an eine vor zwei Jahren gemachte Beobachtung, dass nämlich in Fällen, in welchen die mittlere Muschel nach hinten und unten geneigt ist, der Boden der Keilbeinhöhle in einem niedrigeren Niveau liegt als das Siebbein. Diese Beobachtung wird, wie die Abbildungen zeigen, durch die vorliegende Arbeit bestätigt. EMIL MAYER.

41) **Charles M. Robertson. Neue Lappenbildung für die Radicaloperation bei Nebenhöhleneiterungen. (New flap in the radical operation on the accessory sinuses.)** *Chicago Medical Review. Februar 1909.*

Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina, Fortnahme der facialen Antrumwand, von dort aus Ausräumung der Siebbeinzellen und des Keilbeins, Wegnahme der nasalen Antrumwand im unteren Nasengang unter Schonung der

Schleimhaut. Der Lappen aus dieser, der dann auf die Antrumwand tamponirt wird, wird so gebildet, dass von den Enden einer centralen Incision zwei diagonale Schnitte nach oben und unten gelegt werden. EMIL MAYER.

42) **Ilurre** (Bilbao). **Eitrige chronische rechtsseitige Polysinusitis. (Polisinusitis supurada crónica del lade dereche.)** *Siglo Medico. 30. Januar 1909.*

Bericht über einen nach Killian-Moure operirten Fall. TAPIA.

43) **Berajas** (Madrid). **Sinusoperationen unter Localanästhesie. (Intervenciónes en los senos con anestesia local.)** *Boletin de Laringologia etc. Januar-Februar 1910.*

Verf. operirt unter Localanästhesie — hervorgerufen durch Injectionen von 20proc. Cocainlösung — nach Caldwell-Luc, Ogston-Luc und Rougé.

TAPIA.

44) **Eschweiler** (Bonn). **Röntgenphotographie bei Stirnhöhlenempyem.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 326. 1909.*

Demonstration von 6 Platten, die von 4 nachträglich operirten Patienten gewonnen waren. „In einem Falle von asymmetrisch entwickelten Stirnhöhlen liess das Röntgenbild völlig im Stich und war eher geeignet, ganz falsche Vorstellungen von der Stirnhöhlentopographie bei dem Patienten zu erwecken.“ ZARNIKO.

45) **Thomas Chew Worthington. Die intranasale Stirnhöhlenoperation. (The intranasal frontal sinus operation.)** *The Laryngoscope. December 1909.*

Verf. führt zu Gunsten der radicalen intranasalen Stirnhöhlenoperation an: „Die Höhle kann leicht und sicher eröffnet und durch die Nase drainirt werden; die Operation kann unter Cocain-Adrenalin fast schmerz- und blutlos gemacht werden; die Resultate sind im Vergleich mit der äusseren Operation günstig und es resultirt keine Deformität; ist die intranasale Operation erfolglos geblieben, so bleibt immer noch die Möglichkeit der Operation von aussen.“ Verf. verfügt über 59 so operirte Fälle, 29 Männer und 30 Frauen. Der jüngste Patient war $9^3/_4$ Jahr, der älteste 69 Jahre alt. Aus den in diesen Fällen erzielten Resultaten glaubt Verf. schliessen zu dürfen, dass die grosse Mehrzahl der Fälle auf intranasalem Wege geheilt oder gebessert werden kann, dass die Gefahr der Operation nicht grösser ist, als beim äusseren Eingriff; die Gefahren des inneren wie des äusseren Eingriffs vermindern sich mit den anatomischen Kenntnissen und der operativen Geschicklichkeit des Operateurs, wobei die Hülfe der Röntgenstrahlen unschätzbar ist. Zum Schluss stellt Verf. die Behauptung auf, dass die Nebenhöhlen gewöhnlich durch eine äussere Operation nicht so gut drainirt werden können, wie durch eine intranasale. EMIL MAYER.

46) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. (Intranasal drainage of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

In Fällen, in denen nach der intranasalen Operation nicht innerhalb einiger Wochen Heilung eintritt, soll die Stirnhöhle von aussen geöffnet und ausgeräumt werden. Der durch die intranasale Operation geschaffene Drainagecanal garantirt freie Drainage in die Nase und vermindert die Gefahr einer äusseren Operation.

Wahrscheinlich heilen 95 pCt. aller geeigneten Fälle innerhalb 6 Wochen bis 6 Monate. Verf. meint, dass in allen Fällen von Stirnhöhleneiterung in der Praxis zunächst die intranasale Drainage versucht werden soll; am einfachsten für Arzt und Patient, sowie am sichersten sei die vom Verf. für diesen Zweck angegebene Operation.

EMIL MAYER.

47) **N. J. Cuperus** (Zwolle). **Ein geheilter Fall von Mucocele der Stirnhöhle mit Tumor orbitae. (Een genezen geval van mucocele van den sinus frontalis met tumor orbitae.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 396. 1910.*

Frau, 65 Jahre alt, klagt die letzten Jahre über zeitweise Schmerzen, eine Schwellung oberhalb des linken Auges und Doppelbilder. Keine Nasenbeschwerden; Nasenspiegelbild normal. Der linke Bulbus ist nach unten und aussen verlagert; fluctuirende Schwellung am ganzen oberen Orbitalrand entlang. Die Beweglichkeit des Bulbus ist nur nach oben ein wenig eingeschränkt. Keine Entzündungserscheinungen. Bei der Operation wurde aus der Augenhöhle und aus der Stirnhöhle eine grosse Menge geleeartiger, schleimiger Flüssigkeit entleert. Einwärts vom oberen Orbitalrand eine Perforation im Orbitaldach. Die Stirnhöhle war enorm gross; es bestand auch ein Defect in deren Innenwand. Tamponade. Die Secretion wurde während dieser Behandlung immer mehr eitrig, zuletzt stinkend. Patientin wurde dann in der chirurgischen Klinik zu Utrecht nach Kuhnt operirt und genas vollkommen.

H. BURGER.

48) **Rob. Herzenberg** (Moskau). **Zur Casuistik der Stirnhöhlengeschwülste.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. 1909.*

Mucocele sinus frontalis von ganz fabelhaften Dimensionen. Der Tumor hatte Mannskopfgrösse erreicht, die Wände der Stirnhöhle nach vorn, unten und hinten durchbrochen, das Schläfen- und Stirnhirn bedeutend comprimirt (ohne cerebrale Schädigungen). Der Bulbus oculi war, wie es scheint, infolge einer früheren Entzündung zerstört. Bei der Operation wurden 2 Liter (1800 g) braunrother Flüssigkeit entleert.

ZARNIKO.

49) **H. Scherrer. Zur Casuistik des Carcinoms des Keilbeins.** *Dissertation. München 1908.*

Verf. giebt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von primärem Keilbeinhöhlencarcinom. In Wirklichkeit dürfte diese Beobachtung nicht ohne weiteres unter die primären Keilbeinhöhlencarcinome gerechnet werden, da ja die anatomische Diagnose lautete: „Carcinom der Schädelbasis, von der Parotis ausgehend“. Allerdings ist Verf. mit dieser Sectionsdiagnose nicht einverstanden und sucht an der Hand des klinischen Verlaufes nachzuweisen, dass das Carcinom primär in der Keilbeinhöhle entstanden ist.

Vor Mittheilung seiner Krankengeschichte stellt Sch. die wenigen Fälle von primärem Keilbeinhöhlencarcinom aus der Literatur zusammen. In dieser Statistik werden einerseits Beobachtungen mitgerechnet, bei denen der primäre Sitz in der Keilbeinhöhle durchaus nicht sicher ist und andererseits bleiben einwandsfreie Fälle von primärem Keilbeinhöhlencarcinom, wie die Fälle von Schmiegelow,

Harmer und Glas, Goris, Avellis, Trautmann, Calamida, unberücksichtigt.

OPPIKOFER.

50) **A. Shiga** (Tokio). **Ein neues selbsthaltendes Nasenspeculum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

Verf. giebt die Beschreibung eines selbsthaltenden Nasenspeculums, die durch Abbildungen illustrirt wird. Es besteht aus einem eigentlichen Speculumtheil und einem fixirenden Mundstück.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **Simanowski. Entzündliche Erkrankungen adenoiden Gewebes der oberen Luftwege. (Wospalitelnija sabolewanija adenoidnoi tkani werchnich dichatelmich putei.)** *Westnik uschnich gorlawich i nosowich bolesnei. p. 1. 1909.*

Eine Art Vorlesung für Studenten und Anfänger. Als einleitende und sozusagen tonangebende Arbeit für ein eben erscheinendes Specialjournal wenig geeignet.

P. HELLAT.

52) **Ernst Wikner. Ueber adenoide Vegetationen und Tuberculose. (Om adenoida vegetationer och tuberkulos.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 4. April 1910.*

Vom Verf. wurden 27 adenoide Vegetationen untersucht, die 13 Knaben und 14 Mädchen im Alter von 5—20 Jahren entfernt waren. Die meisten Kinder gehörten der Gemeindeschule an und hatten wegen Nasen-, Ohren- und Halsbeschwerden die Ohren-Poliklinik aufgesucht. Die entfernten Vegetationen hat Verf. auf folgende Weise behandelt: Die vom Blut befreite Drüse wurde in einem Mörser (event. mit feinem Sand) mit physiologischer Kochsalzlösung zusammen gestossen; nachdem die auf diese Weise erhaltene dickflüssige Masse filtrirt worden war, wurden davon 1 (bisweilen 2) ccm in die Leistengegend eines Meerschweinchens injicirt. Nur einmal konnte Verf. Tuberkelbacillen in adenoiden Vegetationen nachweisen; indessen sagt er selbst, dass dieser Fall keinen Beweis für das Vorkommen der Tuberkelbacillen in den adenoiden Vegetationen liefert, da die Anwesenheit der Bacillen auf der Oberfläche der Drüse durch die Untersuchungmethode nicht ausgeschlossen war. Soviel lehren jedoch diese Untersuchungen, dass die Tuberculose keine häufige Complication bei den adenoiden Vegetationen ist.

E. STANGENBERG.

53) **Potherat** (Paris). **Nasenrachenpolyp. (Polype naso-pharyngien.)** *Bulletin de la Société de Chirurgie. 5. Mai 1910.*

Das Fibrom nahm den Nasenrachen und die linke Nasenhöhle ein und machte während seines 10jährigen Bestehens keine anderen Symptome, als die der mechanischen Nasenverstopfung. Verf. hat den Tumor per vias naturales völlig entfernt; dieses Verfahren sollte nach ihm die Regel bilden.

GONTIER de la ROCHE.

54) **Hopmann** (Cöln). **Ueber Nasenrachenfibrome.** (Discussion.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1910.*

H. berichtigt gegenüber Koschier's Angabe (Wien. kl. Wochenschr. 1909. No. 50), wonach H. nur vom Munde aus operire, dass er wiederholt und haupt-

sächlich die Instrumente durch die Nase einführe, und bespricht seine neueren diesbezüglichen Arbeiten.
HANSZEL.

55) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasenrachenfibrome. Erwiderung auf obige Mittheilung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 7. 1910.*

Nochmalige Betonung der Vorzüge eines übersichtlichen Operationsfeldes gegenüber dem Hopmann'schen Verfahren, bei welchem man sich zu sehr auf den Tastsinn verlassen muss.
HANSZEL.

56) **Koschier. Carcinom des Nasenrachens.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 28. Januar 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 6. 1910.*

K. beobachtet ein histologisch sichergestelltes Carcinom der Nase einer Frau seit 8 Jahren und konnte sich überzeugen, dass der Tumor nicht wesentlich wuchs. Operation wurde seiner Zeit und wird auch jetzt verweigert. Die wiederholten Probeexcisionen ergaben stets Carc. epitheliale.
HANSZEL.

57) **Botey** (Barcelona). **Neubildungen des Nasenrachenraums und der rechten Rosenmüller'schen Grube; Exstirpation per vias naturales. (Neoplasmas del cavum naso-faringeo y de la fosa derecha de Rosenmüller. Extirpación por las vias naturales.)** *Archivos de Rinologiá. August 1909.*

Die Operation wurde beim sitzenden Patienten in Localanästhesie unter Anwendung des Gaumenhakens mit der Loewenberg'schen Zange und den Lubet-Berton'schen Curetten entfernt: starke Blutung; die Apophysis basilaris, ein Theil der Keilbeinhöhle und die Innenfläche des Processus pterygoideus wurden freigelegt. Es handelte sich um ein teleangiectatisches Fibromyxom. Nach 9 Monaten kein Recidiv.
TAPIA.

58) **Mayer. Gefahren der Tamponade des Nasenrachenraums. (Dangers of tamponade of the nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1909.*

Nach Tamponade des Nasenrachenraums wegen heftiger Blutung bei einem 16jährigen Knaben entstand doppelseitige Otitis media mit Betheiligung des Warzenfortsatzes, beiderseitige eitrige Erkrankung der Highmorshöhle, Ausbreitung der Entzündung auf die rechte Orbita mit Bildung einer Orbitalphlegmone.
LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

59) **M. Lagarde. Die Quecksilberstomatitis. (La stomatite mercurielle.)** *Diss. Paris 1909.*

L. nahm bei 28 Fällen mercurieller Stomatitis die bakteriologische Untersuchung vor und fand neben Spirillen und anderen Bakterien, hauptsächlich Streptokokken, regelmässig den Bacillus fusiformis. Verf. ist deshalb der Anschauung, dass die mercurielle Stomatitis auf die Entwickelung des Bacillus fusiformis zurückzuführen sei.
OPPIKOFER.

60) **Eugen S. Talbot. Jod als Adstringens, Antisepticum, Desinficiens und keimtödtendes Mittel bei Mundkrankheiten. (Jodin as an adstringent, antiseptic, desinfectant and germicido in mouth diseases.)** *Journal American Medical Association. 2. April 1910.*

Verf. bedient sich einer von ihm Jodglycerol genannten Mischung, die folgendermaassen zusammengesetzt ist:

Zinkjodid 15 Theile,
Wasser 10 Theile,
Jod 25 Theile,
Glycerin 50 Theile.

Er wendet es auch als Desinficiens vor Operationen in der Mundhöhle, z. B. Tonsillotomien an.

EMIL MAYER.

61) **Zinsser** (Cöln). **Atrophia cutis reticulans cum pigmentatione, dystrophia unguium et leukoplakia oris.** *Ikonographia dermatol. Fasc. V. 1910.*

Bei einem 21jährigen Kutscher fanden sich neben den eigenartigen Hautveränderungen leukoplakische Erscheinungen an der Schleimhaut der Wange, der Unterlippe, des harten Gaumens und der Zunge.

SEIFERT.

62) **E. Gauthier. Geschwürsbildung bei der Leukoplakie. (L'ulcère leucoplasique et les ulcérations de la leucoplasie.)** *Dissert. Paris 1908.*

Bei der Leukoplakie bilden sich manchmal nicht nur Rhagaden, sondern eigentliche Geschwüre, die mit Lues oder Carcinom nichts zu thun haben. Verf. beobachtete 8 derartige Fälle. Diese bis linsengrossen, wenig schmerzhaften Geschwüre sind flach und an ihrer Peripherie durch eine 1—2 mm tiefe Furche abgegrenzt. Recidive sind häufig.

OPPIKOFER.

63) **Schmitz. Ueber die Operationserfolge bei Lippencarcinom.** *Dissertation. München 1908.*

Unter 54 Fällen von Lippencarcinom aus der Münchener chirurgischen Klinik war 49 mal das männliche und 5 mal das weibliche Geschlecht betroffen. 7 mal localisirte sich das Carcinom an der Oberlippe. Die Operation ergab 66,7 pCt. Heilungen.

Die Krankengeschichten der 54 Fälle werden wiedergegeben.

OPPIKOFER.

64) **Merz-Weigandt** (Eger). **Eine Lippenklemme.** *Mit 1 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 39. 1910.*

Analog den von den Augenärzten verwendeten Lidklemmen liess Autor eine Lippenklemme anfertigen, die dazu dient, das Operationsfeld sowohl blutleer zu machen wie auch es zu fixiren. Nach Anästhesirung der Lippe „wird die Klemme so angelegt, dass die Lippe zwischen die beiden federnden Theile geschoben wird, dann wird die Flügelschraube angezogen, und auf diese Weise die Blutzufuhr zu dem abgeklemmten Theil vollständig unterbrochen". Die linke Hand nimmt nun das Instrument beim Griff, fixirt damit das Operationsfeld und erspart hierdurch eine Assistenz. Die Lippenklemme ist in der Mittheilung abgebildet.

HECHT.

65) **Delie. Beiträge zum Studium der Angina Ludovici.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 29. 1910.*

Die Beiträge bestehen zunächst in einer genauen anatomischen Studie des Zungenbodens. Als klinische Charaktere giebt Delie die folgenden an: 1. Rapides Anschwellen der sublingualen Falte; 2. bretharte Schwellung des Mundbodens, die absolut keine Fluctuation durchfühlen lässt; 3. Mangel jeder pathologischen Verfärbung der durch die Schwellung emporgehobenen Haut des Halses. Später allerdings unter dem wachsenden Drucke wird die Haut anfangs anämisch, bis sie zu nekrotisiren beginnt. 4. Septischer Allgemeinzustand. Die Behandlung kann natürlich nur eine chirurgische sein. Am vortheilhaftesten ist es, den Abscess vom Mundboden anzugreifen, wie es namentlich letzthin auch Jacques wieder angegeben hat. Es genügt, nur einen Schleimhautschnitt längs des Wulstes entlang der Zunge zu machen und den Rest der Operation mittels Hohlsonde zu Ende zu führen. Wenn die Eröffnung von innen her nicht möglich ist, so bleibt die Eröffnung von aussen übrig, uud zwar entweder durch einen Einschnitt lateral oder medial oberhalb des Zungenbeines. Der mediale Einschnitt geht direct durch die Raphe durch. Lebenswichtige Organe können hierbei nicht verletzt werden. Am ehesten ist es noch möglich, den Nervus hypoglossus zu verletzen, was keine besonderen Folgen nach sich zieht. Zwei Krankengeschichten begleiten die Arbeit. Merkwürdigerweise hat der Autor in keinem Falle die von ihm so warm empfohlene Eröffnung vom Munde aus gemacht, sondern beide Male von aussen auf den Abscess eingeschnitten, einmal in die Medianlinie und einmal lateral.

LAUTMANN.

66) **Harold Neuhof. Eine Epidemie von Noma. (An epidemic of noma.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1910.*

Regelmässig fand sich bei der Noma an der Grenze zwischen dem normalen und nekrotischen Gewebe ein Streptothrix, der durch ein dickes Myceliennetzwerk charakterisirt war; von den Mycelien erstreckten sich feine Fäden und Spirillen in das angrenzende Gewebe. Es fanden sich niemals andere Mikroorganismen. Der Streptothrix war bereits in dem prägangränösen Stadium der Krankheit anwesend. In diesem Stadium ist auch eine chirurgische Behandlung angezeigt, während später, wenn erst die Ulceration sich ausgebreitet hat, die conservative Behandlung die besten Resultate giebt. Narkose sollte in jedem Fall wegen der Gefahr einer septischen Pneumonie vermieden werden.

EMIL MAYER.

67) **William C. Lusk. Ein Fall von Noma mit nachfolgender Narbencontraction des Kiefers. (A case of noma followed by cicatricial contraction of the jaw.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1910.*

Patientin, ein 4 Jahre altes Mädchen, war wegen einer schweren Hautabschürfung am Bein infolge Ueberfahrenwerdens ins Hospital aufgenommen, 14 Tage später Stomatitis infolge Sublimatbehandlung der Wunde; es fanden sich Streptokokken, Staphylokokken und Diplokokken. Links, auf welcher Seite das Kind lag, Besserung unter Antitoxin und antiseptischen Spülungen. Rechts musste das Infiltrat excidirt werden; die Wundfläche wurde mit reinem Carbol, dann 2

bis 3 Minuten danach mit Alkohol behandelt. Der Process kam zum Stillstand, doch resultirte eine Kieferklemme, wegen deren eine Plastik gemacht wurde. Jedoch konnten nach 3 Jahren auf der rechten Seite die Zähne nur wenig auseinandergebracht werden.

EMIL MAYER.

68) **M. Robitschek** (Wien). **Ein Mundkühler.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 19. 1910.*

Eine Kühlschlange aus Hartglas nach dem Princip des Leiter'schen Apparates, bei schweren Fieberkranken zu empfehlen.

HANSZEL.

69) **Joseph C. Beck. Einige Punkte in Anatomie, Pathologie und chirurgischer Behandlung der Gaumenmandeln. (Some points in anatomy, pathology and surgical treatment of the faucial tonsil.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Die Untersuchungen basiren auf 200 entfernten Gaumentonsillen. Es wurde besonders studirt der Margo supratonsillaris, die Plica tonsillaris, die Gaumenbögen und das retrotonsillare Gewebe. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich die grösste Arterie an der Grenze zwischen den oberen zwei Dritteln und dem unteren Drittel der Tonsille näher an ihrem hinteren Ende. Die grössten Venen finden sich am unteren Theil der Mandel. Etwas lymphoides Gewebe findet sich aussen von der Kapsel. Diese Gewebe vergleicht Verf. mit den Parathyroiddrüsen; es soll nach Entfernung der Tonsillen deren Function übernehmen. Verf. beschreibt dann verschiedene krankhafte Zustände der Tonsillen.

Verf. empfiehlt die Tonsillectomie; seine Methode differirt von der anderer nur in geringen Details.

EMIL MAYER.

70) **Rich. B. Faulkner. Untersuchungen über die Tonsille. (Tonsil research.)** *N. Y. Medical Record. Juli 1910.*

Ein Protest gegen die Operationen an der Tonsille, speciell die Tonsillectomie.

EMIL MAYER.

71) **Samuel G. Higgins. Einige neue Gesichtspunkte, die Tonsillen betreffend. (Some recent views concerning the tonsils.)** *Milwaukee Medical Journal. August 1909. Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. September 1909.*

Erkrankungen der Tonsille entstehen in der Regel dadurch, dass das Epithel der Crypten seine Widerstandsfähigkeit gegen Infection eingebüsst hat; dieser Mangel an Widerstandsfähigkeit ist zum Theil die Folge der Hypertrophie, die die Mandel eingeht, wenn der Organismus einer allgemeinen Bakterieninvasion unterworfen war. Verf. räth, nach Aufhören der acuten Entzündungserscheinungen die Crypten mit antiseptischen Lösungen auszuspülen.

EMIL MAYER.

72) **G. Trautmann** (München). **Zur Behandlung der Mandelpfröpfe.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1910.*

Trautmann schildert eingehend die subjectiven und objectiven Erscheinungen der chronischen folliculären Tonsillitis, ihre Bedeutung für Infectionskrankheiten und die mannigfachen therapeutischen Maassnahmen zu ihrer Beseiti-

gung. Er empfiehlt eine Ausräumung von der Fossa supratonsillaris aus mit stumpfem, winklig abgebogenem Löffel in regelmässigen Intervallen. Der in drei Grössen angefertigte Löffel ist in der Arbeit abgebildet. HECHT.

73) **Sidney Yankauer. Tonsillectomie. (Tonsillectomy.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Verf. schildert seine vier Instrumente, die er für die Operation gebraucht, nämlich eine Zange, um die Tonsille zu fassen, eine über die Fläche gekrümmte Scheere, eine Schlinge, einen stumpfen Separator, sowie deren Anwendungsweise.

Zur Vornahme der Localanästhesie bestimmt Verf. einen bestimmten Punkt, der 1 cm nach vorn und oben vom Processus styloideus liegt, sticht die Nadel so weit ein, bis sie den Knochen berührt und injicirt 15 ccm einer 1proc. Cocainlösung. Es wird auf diese Weise der N. palatinus medius und posterior anästhesirt. Verf. hat auch in Fällen von Peritonsillarabscess auf diese Weise für die Incision eine völlige Unempfindlichkeit erzielen können. EMIL MAYER.

74) **Dunbar Roy. Ein Wort für die frühzeitige und gründliche Entfernung der Tonsille und Adenoiden bei Kindern. (A plea for the early and thorough removal of tonsil and adenoids in children.)** *The Charlotte Medical Journal. October 1909.*

Verf. erörtert die Rolle, die die Mandeln als Eintrittspforte für Infectionen (Exantheme, besonders Scharlach, acuten Gelenkrheumatismus, seltene Fälle von Typhus, Skrophulose und Tuberculose) spielen. Aus seinen Ausführungen ergiebt sich die Nothwendigkeit, Tonsillen und Adenoide radical zu entfernen.

EMIL MAYER.

75) **E. V. Hubbard. Entfernung der Tonsillen. (Tonsil removal.)** *N. Y. Medical Record. 4. December 1909.*

Verf. erörtert die Functionen der Tonsillen und die Methoden ihrer Entfernung. Er selbst benutzt die kalte Schlinge; auch hat er eine Harpune angegeben, um die Tonsille aus ihrem Bett herauszuheben. LEFFERTS

76) **A. Morgan Mac Whinnie. Löffelenucleation der Tonsille. (Spoon enucleation of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 11. December 1909.*

Verf. benutzt, nachdem die Tonsille gefasst und vorgezogen ist, einen Löffel, der zwischen die hinteren Gaumenbögen und die Tonsillarkapsel eingeführt und von dem die Tonsille schnell von unten nach oben zu der Fossa supratonsillaris abgelöst wird. Dann wird der Löffel schnell nach vorn bewegt und die Tonsille mit dem dahinter liegenden Bindegewebe getrennt. Dasselbe wird unten und oben gemacht. Der Löffel hat halbscharfe Ränder. LEFFERTS.

77) **O. A. Lothrop. Tonsillectomie mit besonderer Berücksichtigung einiger neuer Punkte in der Technik. (Tonsillectomy with special reference to recent points in technic.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Juni 1910.*

Verf. beschreibt die von ihm angewandte Technik der Operation und giebt Anweisungen für die Maassnahmen bei Blutung: Eindrücken eines Wattebausches mindestens drei Minuten lang in die Mandelnische, Vorziehen des vorderen Gau-

menbogens und Fassen eines eventuell blutenden Gefässes; eventuell Naht der Gaumenbögen; im äussersten Nothfall Anlegen einer Tonsillenklemme. Er warnt vor Anwendung von Adstringentien und Adrenalin. EMIL MAYER.

78) **W. H. Roberts. Ist die Tonsillectomie eine geeignete Operation? (Is tonsillectomy a proper operation?)** *Southern California Praticioner. Juni 1910.*

Nach den in früheren Jahren mit der Tonsillotomie erzielten mässigen Resultaten macht der Verf. seit einer Reihe von Jahren zu seiner grossen Zufriedenheit die Tonsillectomie. EMIL MAYER.

79) **Tenzer** (Wien). **Ueber die Radicaloperation der Tonsille (Tonsillectomie).** *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1910.*

Die Operation ist indicirt in jenen Fällen chronisch eitriger Tonsillitis bei Erwachsenen, in denen die Mandeln nicht zwischen den Gaumenbögen hervorragen und häufig Anginen und peritonsilläre Abscesse auftreten, ferner bei prominenten Mandeln nach erfolgloser conservativer Behandlung. Die Operation, d. h. die Enucleation, soll nicht ambulatorisch vorgenommen werden.

HANSZEL.

80) **Réthi** (Wien). **Zur Frage der vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillectomie).** *Wiener med. Wochenschr. No. 28. 1910.*

Begrenzung der Indication zur Tonsillectomie: fruchtlose conservative Behandlung, Gefahr allgemeiner Erkrankung, wie Gelenkentzündungen im Anschluss an Anginen. Besondere Vorsicht bei Sängern nöthig, da nach Tonsillectomie Stimmverlust beobachtet. HANSZEL.

81) **A. Meyer. Blutungen nach Tonsillectomie. (Les hémorragies après l'amygdalotomie.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXIX. No. 3.*

Eine gute Zusammenstellung unserer Kenntnisse über die Häufigkeit, Ursachen und Behandlung an Blutungen nach Mandeloperationen. Der Eindruck M.'s ist, dass die Blutungen, wenigstens die lebensgefährlichen, eine grosse Seltenheit sind. Soweit man sich auf die diesbezüglichen Publicationen verlassen kann, scheint es allerdings so zu sein. Denn wenn Voss z. B. auf 397 Mandeloperationen 17 starke Blutungen hatte, so steht er vereinzelt da, und behaupten z. B. Elsberg, Warren u. a. bei über 1000 Mandeloperationen keine einzige bedrohliche Blutung constatirt zu haben. Thatsache ist wohl, dass die Autoren eben diese unangenehme Complication nicht jedesmal zum Gegenstand einer eigenen Publication machen. Es ist M. vollkommen zuzustimmen, wenn er abräth, viel von der medicinischen Behandlung einer Blutung zu erwarten, und den Rath giebt, sich lieber gleich an eines der gebräuchlichen chirurgischen Mittel der Blutstillung zu wenden, wie Digitalcompression, Compression der Carotis, Torsion des blutenden Gefässes, Naht der Gaumenbögen etc. Nichtsdestoweniger hätte doch ein von Billroth empfohlenes Mittel, Terpentin, direct auf den blutenden Mandelstumpf applicirt, erwähnt werden müssen, schon mit Rücksicht auf den Autor. Desgleichen

ist nicht erwähnt die locale Anwendung des gewöhnlichen Pferdeserums, das man sich in Form eines der gebräuchlichen Heilsera leicht beschaffen kann.

LAUTMANN.

82) **Leo Cohen** (Baltimore). **Chirurgische Methode zur Controle der Nachblutungen bei Mandelentfernung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 481.*

Die Mandelentfernung nimmt Verf. folgendermaassen vor:

Die Mandel wird mit ihrer Kapsel mit einem modificirten Seiler-Septummesser ausgeschält, nachdem sie mit einer Doppelhakenzange (Volsellum) aus ihrem Bette so viel als möglich herausgezogen wurde. Die rechte Mandel wird zuerst entfernt, während ein Assistent die Zunge herunterdrückt. Ein oder mehrere Gazetampons werden in der Fossa tonsillaris unter leichtem aber ständigem Drucke gehalten. Beim Wegnehmen der Tampons eines nach dem andern mit dem untersten angefangen, können wir die Fossa genau inspiciren und den Bluterguss des ganzen Feldes, welches unsere Punkte verdunkelt, verhindern. Ein spritzendes Gefäss wird sofort mit Jackson's Hämostat-Zange gefasst und mit zwei gewöhnlichen Catgut- oder Seidennähten unterbunden. Der Vortheil des Jackson'schen Hämostates ist die breite Spitze, welche die weichen Muskeltheile nicht schneidet und beim Fassen des blutenden Punktes mit einer Seite der Spitze das Binden erleichtert, ohne die Spitze im Knoten zu fangen.

Nachdem alle Gefässe unterbunden sind, wird ein Gegentampon mit Squibb's chirurgischem Pulv. alum. comp. bestreut, in die Grube eingelegt, um jegliches Nachsickern zu verhüten. Die linke Mandel wird in derselben Weise entfernt und im Anschluss daran noch etwaige adenoide Vegetationen entfernt. Die Instrumente sind abgebildet.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

83) **A. Pugnat. Fall von halbseitiger Gaumensegellähmung nach einer galvanokaustischen Aetzung der Mandel.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 35. 1910.*

Eine 32jährige Patientin litt an einer chronischen Mandelentzündung. Während einer galvanokaustischen Aetzung verspürte die Patientin einen heftigen Schmerz und constatirte gleichzeitig beim Ausrufe, dass sie näsle. Eine sofortige Untersuchung des Gaumens zeigte, dass die ganze rechte Seite gelähmt war. Die Lähmung nahm anfangs noch zu und ist noch immer nicht geheilt. P. glaubt, dass der Galvanokauter den Nervus pharyngeus (?) getroffen habe.

LAUTMANN.

84) **Julius Solow. Der Kampf des New Yorker Gesundheitsamts gegen Adenoide und Tonsillen. (The war on adenoids and tonsils by the New York board of health.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Das New Yorker Gesundheitsamt führt einen wahren Krieg gegen die Hyperplasie der Rachen- und Gaumentonsillen. Täglich kommen auf Veranlassung der Schulärzte eine grosse Anzahl von Schulkindern in die Polikliniken und Sprechstunden zur Entfernung der Adenoiden und Tonsillen.

LEFFERTS.

85) **Frank C. Todd. Tonsillenseparator und Tonsillenzange. (Tonsil separator and tonsil forceps.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Beschreibung der Instrumente. EMIL MAYER.

86) **Daniel W. Layman. Ein neues Tonsillenmesser. (A new tonsil knife.)** *Journal American Medical Association. 27. November 1909.*

Ein neues Messer mit Schutzvorrichtung, gleichzeitig zum Zurückziehen des Gaumenbogens. EMIL MAYER.

87) **John O. Mc. Reynolds. Ein neuer Pharynxnadelhalter, besonders zur Naht von Tonsillenwunden nach der Tonsillectomie bestimmt. (A new pharyngeal needle holder, designed especially for suturing tho tonsillar wound after tonsillectomy.)** *Journal American Medical Association. 27. November 1909.*

Der Handgriff ist so angeordnet, dass die Hand stets ausserhalb des Gesichtsfeldes liegt. Das Instrument hält die Nadel fest ohne Anwendung einer Schlussvorrichtung, da es darauf ankommt, die Nadel schnell, nachdem sie die Gewebe durchbohrt hat, loszulassen, um mit demselben Instrument die Nadelspitze sofort zu fassen und durchzuziehen. EMIL MAYER.

88) **Gaylord C. Hall. Verbesserte Tonsillentractoren. (Improved tonsil tractors.)** *The Laryngoscope. Januar 1910.*

Beschreibung der Instrumente, die für rechts und links gemacht sind.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

89) **L. Dussillol. Die Nasendiphtherie bei Masern. (Du coryza diphtérique dans la rougeole.)** *Dissert. Bordeaux 1909.*

In den letzten Jahren wurde auf der Kinderklinik Bordeaux (Prof. Moussous) auffallend häufig Nasendiphtherie bei Masern beobachtet. Mittheilung der Krankengeschichten. Die Prognose ist um so ernster, je jünger das Individuum und je schlechter der Allgemeinzustand ist im Momente des Auftretens der Diphtherie. Therapie: Pinselungen und Einspritzungen von Wasserstoffsuperoxyd in die Nase, Serumbehandlung und Isolirung. OPPIKOFER.

90) **Thure Hellström. Ueber Diphtherie und Angina phlegmonosa. (Om difteri och flegmonos angina.)** *Hygiea. Bd. 72. No. 9. September 1910.*

Verf. lenkt hier die Aufmerksamkeit auf Formen von Diphtherie, deren klinisches Bild der phlegmonösen Angina sehr ähnlich ist. Sie werden als phlegmonöse Halsentzündung aufgefasst und behandelt. Auf Grund seiner Erfahrung betont Verf., dass Incisionen im Halse bei ähnlichen Fällen nicht nur contraindicirt sind, sondern auch für den Patienten sehr gefährlich werden können. Dies sucht er durch 5 Krankheitsfälle zu beweisen. Es handelte sich um vollständig gesunde erwachsene Personen, die zufolge der Diagnose einer phlegmonösen Angina incidirt wurden und einige Tage nach der Erkrankung starben. Die bakteriologische Untersuchung zeigte, dass sie an Diphtheritis gelitten hatten.

Auch wenn alle vom Verf. beobachteten Fälle einen dergleichen unglücklichen Verlauf nicht hatten, ist er doch der Meinung, dass alle Diphtheriefälle, die incidirt worden waren, auch wenn sie heil wurden, sich als besonders heftig mit schwerer Intoxication gezeigt haben; als Director eines Epidemiekrankenhauses kann er seine Erfahrung auf mehr als 2000 Diphtheriefälle stützen.

In seiner Arbeit giebt Verf. ausserdem eine für alle Aerzte lehrreiche und interessante Darstellung der klinischen und pathologischen Differentialdiagnose der hier genannten Krankheiten.

E. STANGENBERG.

91) **Bluth** (Charlottenburg). **Ein neuer Fall von erythematoso-vesiculo-pustulösem Hautausschlag nach Diphtherie.** *Med. Klinik. 35. 1910.*

Zu den 7 bisher beschriebenen Fällen (Pflugbeil) fügt B. einen weiteren hinzu, bei welchem Serumeinspritzung als Ursache ausgeschlossen werden konnte. Dass es sich auch nicht um Bakterienembolien der Haut handelte, ging aus dem negativen Ausfall der bakteriologischen Untersuchung von Blaseninhalt hervor.

SEIFERT.

92) **L. Bourguignon. Ueber die Anwendung von Morphiuminjectionen beim Croup des Kindes. (Des injections hypodermiques de morphine dans le croup.)** *Dissert. Bordeaux 1909.*

Einzelne Autoren rühmen die günstige Wirkung der Morphiuminjection bei der kindlichen Larynxdiphtherie. Dieser Auffassung tritt B., gestützt auf 6 Selbstbeobachtungen, entgegen; er warnt vor der Morphiuminjection und setzt all die Gründe auseinander, warum dieselbe schädlich wirkt.

OPPIKOFER.

93) **Delobel. Tödtliche laryngo-trachealo Diphtherie.** *Revue hebd. de laryngol. No. 29. 1910.*

Am sterbenden Kinde wurde Tracheotomie gemacht. Durch die Tracheotomiewunde hustete das Kind einen ganzen Abscess des Larynx und der Trachea aus. Durch eine halbe Stunde athmete hierauf das Kind ruhig durch die Canüle, als es plötzlich wieder zu ersticken begann. Vergebens wurde die Canüle herausgenommen, die Trachea ausgebürstet, um nach einem Reste von croupöser Membran zu suchen, die offenbar die Bifurcationsgegend verlegte: das Kind starb. Der Autor bereut, nicht die Guisez'sche Zange zur Tracheoskopie verwendet zu haben. Thatsächlich bietet ein solcher Fall noch eine wenig bekannte Indication für die untere Tracheoskopie.

LAUTMANN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

94) **v. Niessl-Mayendorf** (Leipzig). **Die linke dritte Stirnwindung spielt keine Rolle im centralen Mechanismus der Sprache.** *Münchener med. Wochenschr. No. 21. 1910.*

Zum Referat nicht geeignet.

HECHT.

95) **L. Alexander Davis. Der Kehlkopf bei der Stimmbildung. (The larynx in voice production.)** *The Canada Lancet. October 1909.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

96) **Ernst Barth** (Berlin). **Bemerkungen zur Arbeit von M. Scheier: „Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme".**

97) **Max Scheier** (Berlin). **Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn E. Barth zu meiner Arbeit: „Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme".**

98) **Ernst Barth** (Berlin). **Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3.*

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Hugo Stern** (Wien). **Die Bedeutung des sogenannten „primären Tones" für die Stimmbildung.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1910.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

100) **Nadoleczny** (München). **Beobachtungen an Gesangsschülern.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 6. 1910.*

Allgemeine Betrachtungen über Fehler der Athmung und Kehlkopfbewegung mit ihren phonasthenischen Folgeerscheinungen, welch' erstere durch instructive pneumographische Aufnahmen selbstbeobachter Fälle illustrirt werden, nebst therapeutischen Erörterungen.

HECHT.

101) **A. Biebendt.** **Ueber die Kraft des Gaumensegelverschlusses.** *Dissertation. Berlin 1908.*

Auf Veranlassung von Gutzmann maass B. an 100 normal sprechenden Kindern die Kraft des Gaumensegelverschlusses nach der Methode von Hartmann mittels Quecksilbermanometers.

Die Frage, ob bei der Phonation der einzelnen Vokale und Consonanten (mit Ausnahme der nasalen natürlich) ein dichter Abschluss des Retronasalraumes durch das Gaumensegel stattfindet, wird bejaht. Was die Stärke des Verschlusses anbetrifft, so ist derselbe bei den Consonanten stärker als bei den Vocalen; denn die für die Consonanten ermittelten Druckwerthe waren durchwegs höher als bei den Vocalen. Den stärksten Abschluss fand B. beim „ss"; aus diesem Grunde hält es der Autor für vortheilhafter, bei der Politzer'schen Luftdouche zur Erziehung eines möglichst dichten Nasenrachenraumabschlusses den Patienten das „ss" als die bisher üblichen mit k gebildeten Worte aussprechen zu lassen.

OPPIKOFER.

102) **Marage** (Paris). **Die Photographie der Stimme in der medicinischen Praxis. (La photographie de la voix dans la pratique médicale.)** *Académie des sciences. 26. Januar 1910.*

Verf. setzt auseinander, welche Vortheile es für Arzt und Kranken bietet, wenn die Stimmvibrationen mittels seines photographischen Verfahrens vor und nach der Behandlung aufgenommen und die Erfolge täglich so controllirt werden können.

GONTIER de la ROCHE.

103) A. L. Sévaux. **Die Sprachentwickelung beim Kinde. (Le développement du langage chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt an. Die Arbeit ist anziehend geschrieben, enthält aber Bekanntes. OPPIKOFER.

104) **H. Stern** (Wien). **Die Sprachstörungen im Kindesalter.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 15ff. 1909.*

Zusammenstellung der wichtigsten Daten in Bezug auf die Pathologie und Therapie der Sprachaffektionen im Kindesalter. CHIARI.

105) **H. Claus** (Berlin). **Hysterische Schwerhörigkeit, verbunden mit einer eigenartigen hysterischen Aphonie.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. III. S. 333.*

Es handelt sich bei der 50jährigen Frau um den seltenen Fall einer gleichzeitigen hysterischen Ohr- und Kehlkopfstörung. Die Aphonie verschwand, sobald Patientin die Gehörgänge fest verschloss. OPPIKOFER.

106) **Fröschels. Behandlung des Näselns und Lispelns.** (Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 29. October 1910.) *Wiener med. Wochenschr. No. 45. 1909.*

„Geschlossenes Näseln", das oft auch durch einen Krampf des Gaumensegels verursacht wird, kann dadurch beseitigt werden, dass man mit einer durch die Nase eingeführten Sonde den Gaumen niederdrückt. HANSZEL.

107) **Stern** (Wien). **Grundzüge der Pathologie und Therapie der Sprachstörungen.** *Med. Klinik. 41. 1910.*

In grossen Zügen wird die Stellung der Sprachheilkunde skizzirt und an der Hand einiger wichtiger Krankheitsbilder die Grundprincipien der Pathologie und Therapie besprochen. SEIFERT.

108) **G. Hudson Makuen. Eine kurze Geschichte der Therapie des Stotterns nebst einigen Bemerkungen über die modernen Behandlungsmethoden. (A brief history of the treatment of stammering with some suggestions as to modern methods.)** *N. Y. Medical Record. 18. December 1909.*

Die Behandlung soll in erster Linie bezwecken, nicht das Stottern zu heilen sondern ein normales Sprechen zu entwickeln; die Heilung des Stotterns folgt dann als natürliche Consequenz. Die Sprache des Stotterers ist in jeder Hinsicht fehlerhaft. Sowohl die centralen wie die peripheren Mechanismen des Sprechens sind in Unordnung und auch das intellectuelle Verhalten beim Sprechact ist ein falsches. Die Behandlung muss also darauf hinzielen, den Patienten völlig von Neuem zu erziehen. Sie muss gleichzeitig bezwecken, die physikalischen Bedingungen für correctes Sprechen wiederherzustellen, wie dem Patienten wieder Vertrauen zu sich zu geben und ihm die Furcht vor dem Stottern zu benehmen. LEFFERTS.

109) **H. H. Martin. Prätabischer Kehlkopfspasmus. (Pretabic laryngeal spasm.)** *Gulf States Journal of Medicine. April 1910.*

Bericht über einen Fall. Der Spasmus bestand auch in den Bronchien und zwar war die Behinderung bei der Exspiration erheblich grösser als beim Inspiriren.

EMIL MAYER.

110) **M. Pellissier. Ueber die phonatorischen und respiratorischen Kehlkopflähmungen cerebralen Ursprunges. (Des paralysies laryngées phonatoires et respiratoires d'origine cérébrale.)** *Dissert. Lyon 1908.*

Phonation und laryngeale Respiration besitzen ein besonderes Centrum in der Grosshirnrinde.

Nicht zutreffend ist die Angabe, dass die Läsion des Phonationscentrums der einen Seite eine Stimmbandlähmung der anderen Seite bewirke.

Am Ende seiner Arbeit bespricht Verf. eingehend die Krankengeschichte eines Falles cerebraler Stimmbandlähmung. Der betreffende Fall ist aber bereits durch Roque und Chalier veröffentlicht (Ref. im Centralblatt f. Laryng. Bd. 24. 1908. S. 257).

OPPIKOFER.

111) **M. Simonin. Die halbseitige Lähmung von Gaumen und Kehlkopf. (De l'hémiplégie palato-laryngée.)** *Dissert. Paris 1909.*

Nach anatomischen Vorbemerkungen bespricht S. die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose der halbseitigen Lähmungen von Gaumen und Kehlkopf und theilt dann 2 eigene Beobachtungen mit: in beiden Fällen waren die Lähmungen auf Syphilis zurückzuführen und gingen unter Quecksilberinjectionen zurück; bei dem 2. Falle handelte es sich um einen Tabetiker.

OPPIKOFER.

112) **G. Guillain** und **Laroche. Avellis'scher Symptomencomplex bei Tabes. (Le syndrome d'Avellis dans le tabes.)** *Société Médicale des hôpitaux. 27. November 1909.*

Bei einem 39jährigen Mann mit den meisten Symptomen der Tabes (Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Verlust der Reflexe, Ataxie, Augenstörungen etc.). haben Verf. eine ausgesprochene halbseitige Atrophie des Gaumensegels links mit Lähmung der Muskeln und gleichzeitige linksseitige Recurrenslähmung beobachtet. Es bestand keine Zungenatrophie, keine Lähmung der durch den äusseren Ast des N. spinalis innervirten Muskeln. Nach den Verf. kam die Gaumensegel-Kehlkopflähmung in diesem Fall durch eine Veränderung der radiculären Fasern des N. vasospinalis in Folge meningealer Veränderungen zu Stande. Es bestand keine Störung in der Gesichtsmusculatur.

LAUTMANN.

113) **Popow. Fall einer Extraction der Nasensonde aus dem Kehlkopf. (Slutschai iswletschenija nosowowo sonda us gortani.)** *Eshemesjatschnik. No. 8. 1907.*

Die Sonde war beim Pinseln der Nasenhöhle der Patientin entglitten und sammt der Watte in den Kehlkopf geglitten, wobei das eine Ende an das Gewölbe des Nasenrachenraums reichte. Entfernung verlangte eine gewisse Gewalt.

E. HELLAT.

114) **Glas. Fremdkörper des Larynx.** (Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 29. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1910.*

Hühnerknochen, zwischen den Stimmbändern eines Knaben durch fast ein Jahr eingekeilt mit reichlicher Granulationsbildung — der kalkdichte Knochen gab deutlichen Röntgenschatten.

HANSZEL.

115) **Linn Emerson. Entfernung eines Stückes Hühnerknochen aus dem Kehlkopf eines 14 Jahre alten Farbigen. (Piece of chicken bone removed from larynx of foorteen year old colored boy.)** *The Laryngoscope. April 1910.*

Der Knochen sass im antero-posterioren Durchmesser. Die Entfernung geschah ohne Anwendung eines Spiegels oder eines autoskopischen Instruments, indem Verf. mit dem linken Zeigefinger die Epiglottis nach vorn zog und an dem Finger entlang die Zange zu dem Fremdkörper führte. Beim vierten Versuch gelang es, auf diese Weise den Knochen zu extrahiren, jedoch hing an seiner Spitze ein grosser Schleimhautfetzen. Heilung.

EMIL MAYER.

116) **Weinhardt** (Stuttgart). **Fremdkörper in der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1909.*

Unter diesem Titel wird über zwei Fremdkörper (Blechpfeifchen) des Oesophagus berichtet, die durch Röntgenographie oberhalb des Manubriums bestätigt wurden. Extractionsversuche misslangen. Der eine wurde durch Oesophagotomie entfernt, der andere ging mit dem Stuhle ab.

ZARNIKO.

117) **O. Tetens Hald. Tuchnadel in der Trachea, per vias naturales entfernt. (Shawlsnaal i Trachea, fiaernet per vias naturales.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 38. 1910.*

Durch Tracheoscopia superior directa wurde die 6 cm lange Nadel mittels Killian's Nadelzange entfernt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

118) **O. Chiari** (Wien). **Ein Todesfall bei der Bronchoscopia superior.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1910.*

7jähriger, schwächlicher Knabe hatte 3 Tage vor der Aufnahme in die Klinik ein Maiskorn aspirirt. Während der Extractionsversuche plötzlich Exitus; Tracheotomie und einstündige künstliche Athmung ohne Erfolg. Eingehende Mittheilung der Krankengeschichte und des Obductionsbefundes, der eine feste Einkeilung des Maiskorns in den linken Bronchus ergab, so dass die Extractionsversuche durch die geschwollene Schleimhaut ein negatives Ergebniss hatten. Das schwache Herz des Pat. erlag dem Chloroform, das in nur sehr geringer Menge zur Anwendung kam. Die Narkose wurde in der auch sonst bei einschlägigen Fällen — deren Autor 3 weitere, mit gutem Erfolg ausgeführt in Kürze berichtet — üblichen Weise vorgenommen, und zwar mit Billrothmischung; etwa nach Einführung des Bronchoskops noch weiter benöthigte Narkose wurde durch Vorhalten eines mit etwas Chloroform getränkten Gazetupfers vor die Oeffnung der Röhre vorgenommen.

HECHT.

119) **Thomas H. Halsted. Broncheskopio und Oesophagoskopio. (Brenchoscopy and esophagoscogy.)** *The Laryngoscope. Juli 1909.*

Der Artikel behandelt vor Allem die Anwendung der directen Methoden zur Entfernung von Fremdkörpern. EMIL MAYER.

120) **V. Thom. Fremdkörper im rechten Bronchus, extrahirt mittels der Bronchoskopie.** *Dissert. Greifswald 1908.*

Einem Manne, der seit 12 Jahren eine Canüle trug, brach das äussere Canülrohr an der Platte ab und fiel in den r. Bronchus. Extraction. OPPIKOFER.

121) **St. Clair Thomson** und **De Haviiland Hall. Entfernung einer Tuchnadel aus einem Bronchus zweiter Ordnung. (Removal through the mouth of a shawl-pin impacted in secondary bronchus.)** *Lancet. 1910.*

Die Entfernung geschah mittelst des Killian-Brünings'schen Instrumentariums. WATSON WILLIAMS.

122) **Chevalier Jackson. Ein Ansatz zum Narkotisiren am Bronchoskop. (An anaesthetic attachement for the brenchoscope.)** *The Laryngoscope. Februar 1910.*

Der Pat. wird auf gewöhnliche Weise narkotisirt. Dann wird das Bronchoskop eingeführt und der Apparat, dessen Anwendung durch beigegebene Abbildungen veranschaulicht wird, zur Weiterführung der Narkose angebracht. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

123) **John Mc. Aerdy. Der Einfluss der Thyreodectomie auf alimentäre Glycosurie. (The influence of thyreodectomy on alimentary glygosurie.)** *The Journal of experimental Medicine. November 1909.*

Entfernung der Schilddrüse erhöht die Assimilationsgrenze für Dextrose. Werden die Parathyroiddrüsen zurückgelassen, so ist dieses Resultat ein permanentes. Die Schilddrüsen inhibiren normalerweise die Verbrennung des Zuckers in den Muskeln. EMIL MAYER.

124) **G. Giraud. Die Schilddrüse der Tuberculösen. (Le corps thyroide des tuberculeux.)** *Dissert. Paris. 1908.*

Bei Individuen, gestorben an allgemeiner Tuberculose, finden sich selten eigentliche tuberculöse Veränderungen in der Schilddrüse, wohl aber eine Verminderung des Volumens der Schilddrüse und Bindegewebswucherung.

Um über die Stärke der Schilddrüsensecretion orientirt zu sein, berechnet G. den Jodgehalt in der Schilddrüse. Er fand bei 10 unter 24 Schilddrüsen die Menge des Jods stark vermindert (weniger als 1 mg); es waren dies Fälle, bei denen die Tuberculose langsam verlief und die Bindegewebswucherung, wie die spätere histologische Untersuchung zeigte, stark war. In 6 Fällen wurde das Jod stark vermehrt gefunden (8—26 mg); die Tuberculose war schnell verlaufen und bei der histologischen Untersuchung fehlte die Bindegewebswucherung.

OPPIKOFER.

125) **Roemheld** (Schloss Hornegg). **Jod-Basedow.** *Med. Correspondenzblatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. 40. 1910.*

Mittheilung von 6 Strumafällen, bei welchen durch Joddarreichung die Erscheinungen eines Basedow hervorgerufen wurden. SEIFERT.

126) **Graupner** (Dresden). **Nierenerkrankung bei Basedow'scher Krankheit (thyreogene Nephritis).** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1910.*

Als thyreogene Nephritis beschreibt G. eine als terminale Erscheinung bei Basedow auftretende Nierenentzündung von schwer toxischem Charakter mit ausgebreiteten Epithelnekrosen und beschreibt zwei Fälle, bei denen anschliessend an eine partielle Strumectomie unter starker Steigerung sämmtlicher Basedow-Symptome rasch der Exitus eintrat. Neben den Nierenveränderungen zeigte sich in beiden Fällen eine persistirende grosse Thymus, sowie Hyperplasie weiterer lymphaphatischer Organe (Lymphdrüsen, Milz, Knochenmark). Diese endogene Intoxication spricht Autor als Vergiftung durch das Gift der hyperplastischen Schilddrüse an, nicht aber als Folge freigewordenen, nach der partiellen Strumectomie nun nicht mehr neutralisirten Thymusgiftes. Die Begründung seiner Ansicht, die Autor durch pathologisch-anatomische und physiologische Erörterungen zu stützen sucht, muss im Original nachgelesen werden. HECHT.

127) **J. G. Mumford. Basedow'sche Krankheit. (Grave's Disease.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Juni 1910.*

1. Basedow'sche Krankheit beruht auf abnormer Thätigkeit der Schilddrüse.

2. Bei vorgeschrittenem Basedow können degenerative Veränderungen in der Schilddrüse zu einem wechselnden Symptomencomplex führen, der schliesslich in positiven Zeichen von Myxödem endet.

3. Eine vergrösserte Thymusdrüse findet sich fast immer post mortem bei Patienten, die an Basedow gestorben sind.

4. Basedow kann fast immer geheilt werden, wenn die Behandlung frühzeitig beginnt.

5. Es kann vorgeschrittener Basedow bestehen ohne Vorhandensein aller klassischen Symptome.

6. Durch die Sera von Rogers und Beebe kann ein grosser Procentsatz der Fälle geheilt werden.

7. Anwendung von Chinin. hydrobromicum (nach Forchheimer und Jackson) führt in einem grossen Procentsatz der Fälle Besserung und Heilung herbei.

8. Mehr denn 70 pCt. der Fälle von Basedow werden jetzt durch partielle Thyreodectomie geheilt; dieser Procentsatz ist noch im Steigen.

9. Man behandele die Fälle, die man frühzeitig in Behandlung bekommt, zunächst mittels Ruhe, Serum, Chinin. hydrobromicum; tritt innerhalb 2 Monaten keine Besserung ein, so nehme man die partielle Thyreodectomie vor.

EMIL MAYER.

128) **Eduard G. Blair. Die Behandlung des parenchymatösen und des Basedow'schen Kropfes. (The treatment of parenchymatous and exophthalmic goitre.)** *Journal Missouri State Medical Association. November 1909.*

Die parenchymatöse Struma hat die Neigung, zum Morbus Basedow zu werden; die ersten toxischen Symptome werden häufig übersehen. Verf. räumt neben der chirurgischen Behandlung auch noch der Serumtherapie eine Berechtigung ein.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

129) **Emil Goetsch. Die Structur der Speiseröhre beim Säugethier. (The structure of the mammalian oesophagus.)** *American Journal of Anatomy. Januar 1910.*

In Bezug auf das Vorkommen von Oesophagusdrüsen unterscheidet Verf. drei Gruppen:

1. Säugethiere, bei welchen unterhalb des Niveaus des Ringknorpels Oesophagusdrüsen völlig fehlen.
2. Säugethiere, bei denen die Drüsen gering an Zahl sind.
3. Eine kleinere Gruppe, in der sie zahlreich sind.

EMIL MAYER.

130) **J. P. C. Griffith** und **R. S. Lavenson. Congenitale Missbildungen der Speiseröhre. (Congenital malformations of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 1910.*

Verff. classificiren diese Missbildungen folgendermaassen: 1. Totaler Mangel der Röhre. 2. Partielle oder vollständige Verdoppelung der Speiseröhre. 3. Tracheoösophageale Fistel ohne anderweitige Veränderungen. 4. Stenose. 5. Congenitale Dilatation. 6. Obliteration des Oesophagus in nur einem Theile seiner Ausdehnung ohne Fistel. 7. Obliteration eines Theiles des Oesophagus mit tracheoösophagealer oder bronchoösophagealer Fistel. Die pathologische Erklärung dieser Deformitäten ist unsicher nnd unbefriedigend. Der Tod tritt gewöhnlich in den ersten Wochen ein. Die Gastrotomie bietet die einzige Hoffnung, und zwar eine schwache.

EMIL MAYER.

131) **Ewald** (Wien). **Verletzungen und Krankheiten der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 37 u. 38. 1910.*

Chirurgische Beobachtungen nnd Erfahrungen aus den Jahren 1902—1908.

HANSZEL.

132) **L. E. La Fetra. Spastische Oesophagusstenose; Nachweis eines Falles mittels Röntgenstrahlen. (Spasmodic stenosis of the esophagus; a case demonstrated by the X-Ray.)** *N. Y. Medical Record. 16. October 1909.*

Mittheilung eines Falles.

LEFFERTS.

133) **S. Lubinski. Ein Fall von acutem Cardiospasmus mit letalem Ausgang.** *Dissert. Leipzig 1908.*

Der 69jährige decrepide Mann war wegen Arteriosklerose, Empyem und Dilatatio cordis in das Krankenhaus eingetreten. Hier stellte sich im Anschluss an

acuten Darmkatarrh ganz plötzlich eine schwere Dysphagie auch für Flüssigkeiten ein, die früher nie bestanden hatte. Die Schlundsonde stiess 40 cm von der Zahnreihe auf ein Hinderniss. Sechs Tage nach Einsetzen der schweren Schlingbeschwerden starb Patient an Inanition. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Cardiacarcinom gestellt. Bei der Section fand sich aber keine Neubildung, hingegen war die Cardia fest verschlossen und oberhalb der Cardia lag ein incarcerirter Bissen. Im aufgeschnittenen Zustand war die Speiseröhre nirgends verengt oder dilatirt.

Da es Goltz gelungen ist, bei Thieren durch Reizung von Darmschlingen eine Contraction der Cardia hervorzubringen, so vermuthet der Autor einen näheren Zusammenhang zwischen dem Darmkatarrh und dem zwei Tage später eingetretenen acuten Cardiospasmus. Die Annahme, dass der im Oesophagus aufgefundene Bissen bei dem heruntergekommenen Individuum die Speiseröhre verstopft und secundär zu Cardiospasmus geführt habe, erscheint dem Verf. weniger wahrscheinlich, da sich keine Reizerscheinungen im obersten Theil des Oesophagus vorfanden, der doch normalerweise der engste ist. OPPIKOFER.

134) **G. W. Ross. Traumatische Oesophagusstrictur bei einem 2 Jahre alten Kinde. (Traumatic esophageal stricture in a child two years old.)** *Albany Medical Annals. Januar 1910.*

Laugenverätzung. Der Sitz der Strictur wurde mittels Röntgenstrahlen bestimmt und sie wurde mittels Bougies dilatirt. EMIL MAYER.

135) **G. Schwarz. Perforation eines Oesophaguscarcinoms in die Trachea.** (Sitzung der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien vom 22. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1919.*

Zwecks Röntgenuntersuchung schluckte der Patient eine Wismuthwassersuspension, die in beide Bronchialbäume ohne besondere Reizwirkungen hineinfloss. Von dem sehr interessanten Bilde wurde ein Röntgenogramm angefertigt (Demonstration). Trotzdem Patient schon seit längerer Zeit beim Trinken von Milch etc. sich derart „verschluckte“, trat keine Schluckpneumonie auf, was offenbar auf die abgehärtete Bronchialschleimhaut zurückzuführen ist. HANSZEL.

136) **D. v. Navratil** (Budapest). **Modell eines dilatirbaren Gastroskops.** *Med. Klinik. 1910.*

Mit Hülfe eines dilatirbaren Gastroskops kann die Cardia ungefähr auf die Grösse eines Guldenstückes erweitert werden, ohne jede Einschränkung des Gesichtsfeldes durch die Branchen des Instrumentes. Die Versuche wurden bisher nur an der Leiche angestellt. SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Francis R. Packard. Text book of diseases of the nose, throat and ear, for the use of students and general practitioners.** J. B. Lippincott & Company. Philadelphia and London 1909.

245 Seiten des vorliegenden Buches sind den Erkrankungen der Nase und des Halses gewidmet. Besondere Aufmerksamkeit verwendet Verf. auf die practische Seite der Dinge und auf die Bedürfnisse des allgemeinen Arztes. Die directe Laryngoskopie und Bronchoskopie werden erwähnt mit dem Bemerken, dass die Instrumente noch zu complicirt und kostspielig und die Methoden zu schwer zum Erlernen für den allgemeinen Gebrauch seien. Wenn es auch zutrifft, dass diese Methoden stets in den Händen der Specialisten bleiben werden, so wäre doch eine wenn auch kurze Beschreibung für den, der sich unterrichten will, von grossem Werth gewesen.

Verf. hat es verstanden, auf einem engen Raum ein weites Gebiet zu behandeln; aus seinen Darlegungen erweist sich eine grosse Erfahrung und ausgezeichnete Beobachtungsgabe, verbunden mit einer concisen und überzeugenden Darstellung.

Die Illustrationen sind deutlich und gut ausgeführt. Die Austattung ist eine würdige.

Emil Meyer.

b) **Luc. Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications.** J. B. Baillière Fils. 1910.

Der zweite Theil des Luc'schen Buches behandelt die Eiterungen der Nebenhöhlen. Ein zusammenfassendes Capitel über die Pansinutiden bildet den Abschluss.

Der Verfasser bespricht die Symptome, die den Ursprung der Eiterung zu erkennen gestatten und die in Anwendung zu ziehende Behandlungsart. Die therapeutischen Methoden, mit denen seit langer Zeit sein Name verknüpft ist, werden sorgfältig beschrieben und der mit diesen Methoden nicht vertraute Practiker findet hinreichende Unterweisung, um sie nöthigen Falles anwenden zu können.

Der letzte Theil der Arbeit ist den intracraniellen Infectionen gewidmet, deren Zustandekommen beschrieben wird. Die extraduralen Abscesse, Sinusthrombose, Pyämie und Septikämie, Gehirnabscesse werden in Bezug auf ihre Symptomatologie und besonders Therapie sorgfältig abgehandelt. Den Schluss dieses ein ganz persönliches Gepräge tragenden und interessanten Abschnittes bildet die Leptomeningitis.

Einen Anhang zu dem Buch bildet ein Capitel über die Larynxphthise; einen grossen Platz nimmt darin die Galvanokaustik ein, die Luc bei gewissen Formen der Larynxtuberculose als die Methode der Wahl betrachtet.

Verfasser hat es verstanden, eine Reihe schwieriger, oft sehr delicater Fragen als erfahrener Practiker in ausgezeichneter Weise zu behandeln.

E. J. Moure.

---

c) 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg i. Pr.

18.—24. September 1910.

XXII. Abtheilung: Hals- und Nasenheilkunde.

Bericht von Henke, Assistentsarzt an der Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Königsberg.

Die Section wurde durch Gerber (Königsberg) eröffnet, der die Anwesenden im Namen der Königsberger Aerzte herzlich willkommen hiess und ihnen für ihr Erscheinen dankte.

Montag, den 19. September, Nachmittags 3 Uhr.

I. Sitzung.

Vorsitzender: Lunin (Petersburg).

1. Blumenfeld (Wiesbaden): Zur pathologischen Anatomie der Stimmlippe.

Auf Grund der anatomischen Untersuchung eines Präparates eines Stimmlippencarcinoms, dessen Träger intercurrent verstorben war, kommt B. zu folgenden Schlussfolgerungen:

Das Carcinom der Stimmlippe breitet sich bei seinem Wachsthum zunächst in der Längsrichtung der Stimmlippe aus; es ergreift diese ganz oder zum grössten Theile, ehe es auf die Umgebung der Stimmlippe übergreift und richtet demgemäss sein Tiefenwachsthum bis zu einem gewissen Stadium ausschliesslich auf das elastische Band. Diese Wachsthumseigenthümlichkeit des Stimmbandkrebses ist bedingt durch die Anordnung des submucösen Lymphraumes, der in sich geschlossen ist. Die obere und untere Grenzlinie des beginnenden auf die Stimmlippe beschränkten Carcinoms bilden die Lineae superior und inferior (Reinke), denen entsprechend der submucöse Lymphraum der Stimmlippe gegen die des Morgagni'schen Ventrikels und der subglottischen Schleimhaut abgegrenzt ist.

Diese anatomischen Verhältnisse bedingen für das Stimmbandcarcinom eine gewisse Ausnahmestellung in klinischer und therapeutischer Beziehung, die in den endolaryngeal erzielten Heilerfolgen ihren Ausdruck findet.

2. Gutzmann (Berlin): Die Untersuchung der Stimme mit experimentell-phonetischen Methoden.

Vortragender zeigt, dass für die exacte Untersuchung der phonischen Dysarthrien die laryngoskopische Besichtigung allein bei Weitem nicht ausreicht, sondern dass nur durch Anwendung experimentell-phonetischer Methoden der mehr oder weniger starke Functionsausfall aufgedeckt und nach Qualität und Quantität bestimmt werden kann. Die dazu nöthigen Apparate und Methoden werden vom Vortragenden kurz besprochen und nach ihrer Leistungsfähigkeit beurtheilt.

Die Untersuchung der Stimme muss stets nach drei Richtungen hin erfolgen: 1. Feststellung der Tonhöhe, 2. Untersuchung der Stimmstärke und 3. Untersuchung des Klanges.

1. Zur Untersuchung der Tonhöhe werden verschiedene Apparate benutzt, die theilweise die Vibrationen des Halses in irgend einer Weise graphisch registrieren oder auch die Schallwellen selbst aufschreiben. Die Ausmessung der Tonhöhenschwankungen beim Sprechen, auf die es bei zahlreichen Dysarthrien sehr ankommt, muss durch Feststellung der einzelnen Wellenlängen bewirkt werden.

Dieses Ausmessungsverfahren ist überaus zeitraubend und man hat daher versucht, auf einfacherem Wege durch Benutzung mechanischer Vorrichtungen schnell zum Ziele zu gelangen. Der Vortragende demonstrirt einen von E. A. Meyer (Upsala) construirten Messaparat, der es gestattet, die Wellenlänge ohne Weiteres in Curvenform zu übertragen, so dass aus der Curve selbst das Schwanken beim Sprechen hervorgeht.

2. Die Untersuchung der Stimmstärke kann bisher in exacter Weise nur in Bezug auf die relative Intensität durchgeführt werden. Der Vortragende zeigt das von ihm benutzte Verfahren und die mit diesem Verfahren gewonnenen Resultate und Curven, welche bis in alle Einzelheiten ausgemessen werden können. Er bespricht hierauf die mehr für praktische Anwendung construirten Apparate zur Messung der Stimmintensität.

So handlich die Apparate nun auch für die Praxis sind, so kommt Vortragender doch zu dem Resultat, dass wir leider bisher keine geeigneten Apparate besitzen, um die absolute Stimmintensität mit genügender Genauigkeit schnell messen und leicht beurtheilen zu können.

3. Die Untersuchungen des Klanges der Stimme geschehen bekanntlich durch Analyse der mit phonographischen Methoden gewonnenen Klangcurven. Der Vortragende bespricht die neueren Versuche, welche gemacht worden sind, um durch absichtliche Veränderung des Klanges die Einwirkung der verschiedenen Teile des Ansatzrohres näher zu bestimmen. Er zeigt ferner an einer übersichtlich aufgestellten Tabelle die Resultate, welche der Königsberger Physiologe Hermann in seiner Lebensarbeit gewonnen hat. Es ergiebt sich daraus, dass die Formanten der Vocale und Consonanten durchaus nicht zum überwiegenden Theil in der sogenannten „Hörsext“ Bezolds (b'—g'') liegen, so dass die Anschauungen der Otologen auf Grund der durch die experimentelle Phonetik gewonnenen Resultate berichtigt werden müssen.

Bezüglich der Methodik hebt der Vortragende die wunderbare Schärfe und Eleganz der durch den Struycken'schen Apparat gewonnenen Curven, von denen er eine Anzahl als Beispiele demonstrirt, besonders hervor. Die Schwierigkeit der Ausmessung und Berechnung der Curven wird oft dadurch noch wesentlich erhöht, dass die Curven unscharf sind, so dass die zur Ausrechnung zu ziehenden Ordinaten nicht genau bestimmt werden können. Das ist bei den durch den Struycken'schen Apparat gewonnenen Curven nicht der Fall, da die Curven selbst ausserordentlich dünne, feine Linien darstellen. Ebenso erhält man grosse feinlinige Curven, wenn man das von Martens und Leppin angegebene Verfahren benutzt.

Für die Feststellung der Partialtöne empfiehlt Vortragender nach vielfachen Proben, die er selbst mit synthetischen Klangcurven anstellte, den von Mader

auf der vorjährigen Naturforscherversammlung in Salzburg demonstrirten harmonischen Analysator. Die Genauigkeit der durch den Mader'schen Apparat mit leichter Mühe zu berechnenden Amplitudengrössen ist fast ebenso gross, wie die durch die Fourier'sche Analyse mit 40 und mehr Ordinaten gewonnene.

Zum Schluss empfiehlt Vortragender den Laryngologen eine eingehendere und allgemeinere Berücksichtigung der experimentell-phonetischen Methoden, als bisher.

In der Discussion macht Katzenstein (Berlin) auf verschiedene Fehler bei der klanganalytischen Untersuchung der Sprache aufmerksam. Diese Fehler erschweren zwar die exacte Berechnung, jedoch für therapeutische Zwecke kommen sie nicht in Betracht.

Gutzmann schliesst sich diesem an.

3. Flatau (Berlin): Ueber mechano-elektrische Tonbehandlung.

F. bespricht kurz das von ihm inaugurirte Behandlungsystem der functionellen Stimmstörungen. Seine neue Methode, wobei eine pneumatische Anlage einen Luftstrom bis zu einer Atmosphäre liefert und ihn durch einen Umformer in Gestalt einer cylindermantelförmigen mit einem Motor gekuppelten Sirene in Tonstösse verwandelt, deren Schwingungen den Stimmbändern durch Luftkapseln aufgetragen werden, hat F. noch weiter ausgebaut: der mechanischen Einwirkung kann eine elektrische Pulsation oder Unterbrechung in völlig isochroner Form angeschlossen werden. Die Lösung dieser Aufgabe gelang F. nach längeren erfolglosen Versuchen eben durch den Anschluss der neuen Vorrichtung an seine Sirene und zwar in zweifacher Weise. Die Apparate wurden in der Königsberger Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke demonstrirt. F. hebt hervor, dass beide Heilpotenzen gegeneinander auch variirt werden und zwar zeitlich durch Phasenverschiebung, numerisch im Verhältniss 1 : 2 und der Intensität nach, wobei sich eine ausserordentlich fein abzustufende Dosirung und Summationsmöglichkeit ergiebt. Die neue Methode ist von Georg Wolf (Berlin) nach F.'s Angaben ausgeführt.

Discussion:

Katzenstein bittet die Collegen in ihrem Kreise dahin wirken zu wollen, dass bei Stimmstörungen von der Vibration und den elektrischen Behandlungsmethoden mehr Gebrauch gemacht wird.

4. Flatau (Berlin): Chirurgische und functionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung.

Es kommt nicht selten vor, dass in Folge operativer Beseitigung von Stimmlippenknötchen statt Heilung Verschlechterung der Singstimme eintrat, was zu Schadenersatzansprüchen an den Arzt führte — deshalb lehnen viele heute grundsätzlich Eingriffe bei Sängern ab, andere lassen sich Reverse mit dem Verzicht auf Ersatzansprüche ausstellen. — Vortragender will deshalb schärfere Richtlinien unseres Handelns und Unterlassens aufstellen. Kleine symmetrische Knötchen sah er häufig bei Sängern mit Kehlköpfen kleiner Dimensionen ohne jede Functions-

beeinträchtigung; da diese eine Art Anpassungserscheinung zur erleichterten Gewinnung des Hochregisters darstellen, dürfen sie nie angegriffen werden. Sie werden allerdings bei Katarrhen mit verzögerter Resorption grösser, gehen jedoch bei Ruhigstellen des Organs wieder zurück und ihre Verkleinerung wird durch vorsichtige aber exacte mechano-elektrische Tonbehandlung in piano beschleunigt. Werden sie operativ beseitigt, so führt das zur Beeinträchtigung der Singstimme, zur Stimmschwäche. Sind Knötchen dagegen die mechanische Ursache von Functionsstörungen, so müssen sie entfernt werden, oft handelt es sich da um kleine Cysten und Polypen; auch hier ist in der Nachbehandlung auf exacte Tonbehandlung zur Fortschaffung der sich oft anschliessenden functionellen Störung der grösste Werth zu legen. Bei breit aufsitzenden oder unter dem Stimmband sitzenden Prominenzen ist stets grösste Vorsicht bei chirurgischem Vorgehen am Platze — hier kommt es trotz grösster Geschicklichkeit oft zu Schädigungen der Stimmlippe mit daraus resultirenden Stimmstörungen. In diesen Fällen verwirft der Vortragende schneidende Instrumente und beizt mit einem eigens dazu angegebenen Instrumente, das eine kleine Vertiefung zur Aufnahme von Chromsäure enthält, mit letzterer die Prominenzen — er hat hierbei sehr gute Erfolge gehabt.

Discussion:

In der sehr lebhaft geführten Discussion macht Gerber (Königsberg) darauf aufmerksam, dass er viel häufiger als Knötchen zackenförmige Gebilde in der Stimmlippensubstanz selbst gesehen hat; er hat diese niemals chirurgisch anzugreifen gewagt, zumal sie fast nur bei jugendlichen Individuen vorkamen.

Halle (Charlottenburg) hat bei Kindern ebenfalls häufig spindelförmige Verdickungen gesehen und führt diese auf Ueberanstrengung der Stimme zurück. Bei Stimmschonung bessern sich diese Fälle. In einer zweiten Kategorie fand er öfter Knötchen bei acuten und chronischen Katarrhen, auch hier führt Stimmruhe mit vorsichtiger localer Behandlung oft zur Beseitigung der Stimmstörung. Sind jedoch Knötchen oder breitaufsitzende Tumoren allein die Ursache der Stimmstörung, so trägt H. kein Bedenken, sie chirurgisch abzutragen, dagegen lehnt er die von Flatau empfohlene Chromsäurebehandlung als gefährlich ab.

Gutzmann (Berlin) empfiehlt in jedem Falle zunächst eine Ruhecur, bevor man local irgend wie vorgeht.

Cohn (Königsberg) hält den Namen Stimmlippenknötchen für einen Sammelbegriff; man sieht häufig Zacken, oft verbergen sich hinter den Knötchen kleine Cysten, verstopfte Drüsenausführungsgänge etc. Ueberanstrengung der Stimme ist keineswegs so häufig, wie angenommen wird, die Ursache. Therapeutisch ist Stimmruhe wohl zunächst das wichtigste Moment.

Katzenstein (Berlin) räth dringend ab, die Chromsäure zur Beseitigung zu benutzen, er empfiehlt die von ihm angegebenen Quetschplatten, jedoch nur bei Knötchen, die aus Epithelwucherungen bestehen und zwar operirt er diese auch nur bei Bassisten und Altistinnen. Bei Sopranen und Tenören klingen die Töne in Folge starker Spannung der Stimmlippen fast klar.

Blumenfeld (Wiesbaden) hält operative Eingriffe für gefährlich, warnt vor früher Aufnahme von Stimmübungen.

Flatau (Berlin) hält die gegen die Chromsäure vorgebrachten Einwände nicht für stichhaltig, wenn sein Instrument zur Application angewandt wird. Hierbei kann weder die Stimmlippe in der Tiefe angegriffen werden, noch können gesunde Teile mitgebeizt werden. Zacken greift er überhaupt nicht an.

Am Nachmittag 4 Uhr fanden die Vorträge und Discussion über die Erfolge mit dem Ehrlich'schen Präparat 606 in der Aula der Universität statt. Ende erst gegen 8 Uhr Abends.

Mittwoch, den 21. September

in der Königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.

6. Gerber (Königsberg): Demonstration ostpreussischer Sklerom-kranker.

7. Flatau (Berlin): Demonstration seines Laryngostroboskops.

F. demonstrirt und bespricht sein von Georg Wolff nach seiner Angabe ausgeführtes und seinem (F.'s) Kehlkopfendoskop angefügtes Stroboskop. Bei der ersten Ausführung lief die Sirene durch die Objectionsfassung und wurde durch einen Motor getrieben, der als Handgriff des Instrumentes diente. Die Uebertragung geschah durch ein Fixationsgetriebe. Bei der demonstrirten neuen Form hat das Instrument einen bequemen gracilen Handgriff bekommen und ist durch eine sehr dünne biegsame Welle mit einem stehendem Motor verbunden, so dass die leichte Beweglichkeit des ganzen Apparats vergrössert ist. Auch die mit einer Ausrüstung erhaltbare Tonreihe ist vergrössert, indem zwei Scheiben durch Verstellung auf einander eine Octave ergeben und die Umdrehungsgeschwindigkeit aussen vom Motor durch das Fixationsgetriebe regulirt werden kann.

II. Sitzung

combinirt mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde.

Vorsitzender: Kayser (Breslau).
Schriftführer: Blumenfeld (Wiesbaden).

8. von zur Mühlen (Riga): Zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterung.

Bei Erkrankungen der Stirnhöhle, wenn auf andere Weise eine Diagnosenstellung nicht möglich war, benutzt M. einen eigens dazu construirten Troicartbohrer, mit welchem unter localer Anästhesie die vordere Stirnhöhlenwand durchbohrt wird. Ist der Bohrer in die Höhle eingedrungen, dann wird die Nadel entfernt, während die Canüle in situ bleibt. Mit einer feinen Sonde lässt sich nun die hintere Stirnhöhlenwand in begrenztem Umfang abtasten. Eine an einer Spritze befestigte Pravaz'sche Nadel wird sodann durch die Canüle in die Stirnhöhle eingeführt und die Spülflüssigkeit vorsichtig hineingespritzt. Die Spülflüssigkeit findet in jedem Fall einen Ausweg rückläufig durch die Canüle, auch wenn der Canalis naso-frontalis verlegt ist. Ein Ueberdruck in der Stirnhöhle ist daher nicht zu befürchten. (Wird in den „Beiträgen zur Anatomie des Ohres" erscheinen.)

Discussion:

Halle (Berlin) hält die Eröffnung der Stirnhöhle von aussen mit einem Troicart für nicht unbedenklich, da Röntgenaufnahmen doch keine ganz sicheren Resultate über Ausdehnung und Tiefe der Stirnhöhle geben; auch kann, wenn die Hinterwand nahe der Vorderwand liegt, leicht durch den Troicart die Dura mater verletzt werden. Er empfiehlt Sondirung und Probeausspülung von der Nase aus, was in der überwiegenden Zahl der Fälle möglich ist.

Auch Dahmer (Posen) hält das Vorgehen des Vortragenden für gefährlich und empfiehlt eine probatorische Eröffnung in der Gegend des medialen Augenbrauenkopfes.

Cohn (Königsberg) macht ebenfalls in zweifelhaften Fällen, bei denen genaue Diagnose durch Eröffnung und Spülung von der Nase her nicht zu stellen, eine probatorische Aufmeisselung.

Henke (Königsberg) weist auf die Gefahr in den Fällen hin, bei denen die Stirnhöhle fehlt und bei denen die Dura besonders leicht verletzt werden kann.

Berthold regt die rechtliche Frage an, ob ein solcher Eingriff ohne Einwilligung des Patienten statthaft sei.

von zur Mühlen hält im Schlusswort alle diese Einwände nicht für stichhaltig, er hat die Methode oft angewandt und sie hat ihn nie im Stiche gelassen.

10. Joseph (Berlin): Nasencorrecturen (mit Projectionsbildern).

J. hat in 518 Fällen plastische Nasenoperationen ausgeführt, davon betreffen 461 die Nasenverkleinerungsplastik, 17 die Schiefnasenplastik und 40 die Defect- oder Ersatzplastik. 33 Paraffiinjectionen, die er wegen Sattelnase ausgeführt hat, sind in diesen Zahlen nicht eingerechnet. J. demonstrirt an zahlreichen Photographien seine Erfolge auf den genannten drei Gebieten der Rhinoplastik, ebenso sein Instrumentarium und erläutert an schematischen Zeichnungen und Röntgenbildern seine Methoden. Er zeigt die Höckerabtragung, die Verkürzung zu langer Nasen, die Verschmälerung der abnormen Breite der knöchernen Nase, die Vor- und Zurücksetzung der Nasenspitze, die Verschmälerung der abnorm breiten Nasenspitze, die Correctur der abnormen Flachheit, des abnormen Hoch- und Tiefstandes eines Nasenflügels, ferner die Inversion des Spitzenknorpels. — Bei der Correctur knöcherner Schiefnasen (um solche handelt es sich in seinen Fällen vorwiegend) hat sich die von J. angegebene Keilresection aus dem Processus frontalis der breiteren Seitenwand durchaus bewährt (Demonstration von 12 durch solche Operationen gewonnenen keilförmigen Knochenstücken). Bei knorpeliger Schiefnase räth J. neben der von ihm angegebenen „Attraction“ zu forcirter Anwendung seines Schiefnasenapparates.

J. hat diese Operationen, je nach dem Falle, einzeln für sich oder in den verschiedensten Combinationen mit einander in derselben Sitzung ausgeführt. Ebenso hat er bei gleichzeitigem Vorhandensein stenosirender Muschelhypertrophien und Septumdeviationen auch diese in derselben Sitzung beseitigt. Bei der Combination von Höckerabtragung und submucöser Septumresection muss am Septum ein etwa $^1/_2$ cm breiter, vorderer Knorpelrand — von der projectirten geraden

Profillinie aus gerechnet — zurückgelassen werden, da sonst die Stabilität der Nase gefährdet ist. — Die genannten Operationen der Verkleinerungs- und Schiefnasenplastik sind vom Vortragenden auf intranasalem Wege, mithin ohne jede äussere Narbe ausgeführt worden. Eine Ausnahme bilden nur die seltenen Correcturen des abnormen Tiefstandes und der abnormen Flachheit eines Nasenflügels. Die Narbe ist in diesen Fällen klein und unauffällig.

Zur Nasenersatzplastik giebt J. folgende neue Methoden und Combinationen an. Einen Nasenflügeldefect hat er durch Ueberpflanzung eines ungestielten Lappens aus dem andern unversehrten Nasenflügel gedeckt. Einen zweiten Fall von Nasenflügeldefect hat er durch Combination von Lappenverschiebung und Nasenverkleinerung corrigirt. In einem Fall von Doggennase hat er die senkrechte Furche durch „plastische Keilhebung" beseitigt.

Zur Correctur von Sattelnasen hat J. das köchernen Ersatzmaterial, je nach dem Umfange des Defects, entweder der Tibia oder dem Processus frontalis der Oberkiefer entnommen und intranasal durch einen Schleimhautschlitz unter die Haut des eingesunkenen Nasenrückens eingefügt. Bei einer Sattelnase, die gleichzeitig wegen Hochstülpung der Nasenspitze zu kurz war, erzielte J. ausser der Sattelnasencorrectur auch eine Verlängerung der Nase — der erste Fall von Verlängerung einer zu kurzen Nase bei unverletzter Haut.

Bei der totalen Rhinoplastik, die er mehfrach ausgeführt hat, wendet er grundsätzlich zur Vermeidung der entstellenden Stirnnarbe die Rhinoplastik aus dem Arm (italienische Methode) an; jedoch mit folgenden Abänderungen und Ergänzungen: Den Hautlappen aus dem Arm schneidet er in Form eines nach oben offenen (an der unteren Ecke abgestumpften) Rhombus, sodass die Ernährungsbrücke central gelegen ist. Als Verbandmaterial benutzt er nicht Gips-, sondern einfache Stärkebinden und lässt den Rumpf aus dem Verband vollständig frei. Zum schnelleren Trocknen des Verbandes hat er ein Trocken- oder Netzkopflager construirt. — Den Nasenrücken bildet J. durch Transplantation einer starken 6cm langen Knochenleiste aus der Tibia in die bereits auf das Gesicht überpflanzte Armhaut. Das Septum bildet er nach Dieffenbach aus der Oberlippe, jedoch mit der wesentlichen Abänderung, dass er zuvor in den zu überpflanzenden Theil der Oberlippe eine zweite, dünne, etwa 4 cm lange Knochenleiste aus der Tibia transplantirt. Das neue Septum stellt in Folge dessen eine knöcherne Stütze dar.

Discussion:

Gerber fragt an, welche Vorsichtsmaassregeln der Vortragende anwendet, um die Entzündungen der Weichtheile nach der Fortnahme von Knochenüberschüssen und das Ausreissen der Nähte bei der Septumverkürzung zu vermeiden. Zur Deckung von Defecten im Nasenflügel hat er mit gutem Erfolg die König'sche Methode des Ersatzes aus dem Ohrknorpel angewendet und auch bei seinen Paraffininjectionen hat er nie üble Zufälle gesehen, er zieht sie, da chirurgische Maassnahmen nicht immer sichere Resultate geben, deshalb bei den Sattelnasencorrecturen den viel grösseren chirurgischen Eingriffen vor.

Flatau nimmt ebenfalls das Paraffin in Schutz und berichtet über Fälle mit ausgezeichneten Resultaten.

Cohn (Königsberg) kann sich nicht erklären, wie in einem vom Vortragenden erwähnten Falle die Paraffinmasse $1^1/_2$ Jahre nach der Injection noch zur Difformität der Nase führen konnte und bittet um neue Erklärungen.

von zur Mühlen macht auf die Farbenunterschiede zwischen Gesichtshaut und dem nach der italienischen Methode implantirten Hautlappen, die den Effect beeinträchtigen, aufmerksam.

Halle hat sowohl durch chirurgische Eingriffe nach Joseph wie auch nach Paraffin-Injectionen glänzende Dauererfolge gehabt. In Fällen von Sattelnase zieht er Paraffin als den kleineren Eingriff vor.

Joseph: Entzündungen der Weichtheile werden am besten verhütet durch möglichst strenge Desinfection des Naseninnern, soweit dies leicht zugänglich ist (Enthaarung und Reinigung mit kleinen Sublimattupfern). Ist ausnahmsweise ein Abscess entstanden resp. im Entstehen begriffen, so genügt eine intranasale Incision mit doppelschneidigem Messer, Gummidrain und Spülung mit 1 bis 3 proc. Carbolwasser durch das Drain, an 4—5 Tagen, täglich einmal. Die Heilung verzögert sich dadurch um 4—5 Tage; auf den kosmetischen Effect haben derartige Entzündungen bei dieser Behandlung keinen Einfluss. — Als Nahtmaterial wendet J. Seide an. Diese reisst nicht aus, wenn man nicht zu fest knotet. — Die secundäre Bildung von Paraffinomen erklärt sich J. dadurch, dass Paraffin ein Fremdkörper ist, den der Körper auszustossen sich beständig bemüht. Bei der mechanischen Unmöglichkeit hierzu, reagire die Nachbarschaft des Paraffins in Form einer chronischen Entzündung. — Die Farbe des überpflanzten Armlappens passt sofort in das Gesicht, wenn dieses blass ist. Ist das Gesicht gebräunt, so nimmt der Armlappen allmählich die Farbe der Gesichtshaut an, wenn er der wechselnden Witterung und besonders der Sonnenbestrahlung fleissig ausgesetzt wird.

Streit (Königsberg) demonstrirt einen Fall, bei dem nach einer von anderer Seite vorgenommenen Resection einer oberen Trachealstenose mit Naht des untern Kehlkopfabschnittes und des oberen Trachealabschnittes die Nähte geplatzt waren und die Trachea in die Tiefe versunken war. St. hat den Fall zunächst nach Laryngofissur etc. vermittelst einer Mikulicz-Kümmel'schen Schornsteincanüle, die $1^1/_2$ Jahre liegen blieb, behandelt. Eine Tracheo-Oesophagusfistel, deren Ränder beim Schluckacte auseinanderklafften, hat er durch Versteifung eines Wundrandes vermittelst submucöser Paraffineinspritzung und nachfolgender Galvanokaustik zum Verschluss gebracht. Die vollkommen schlaffe, bei jeder Inspiration sich ventilartig schliessende vordere Trachealwand hat er dadurch versteift, dass er Paraffinstreifen entsprechend den Trachealringen unter die Haut injicirte.

Für die Patientin, die wohl im Stande war, per vias naturales zu exspiriren und, wenn sie sich die Trachealwunde zuhielt, auch zu sprechen, hat St. eine Canüle mit vorderer festschliessender Klappe construirt. Diese Canüle wirkt in der Weise, dass die Klappe bei Erhöhung des Druckes innerhalb der Trachea schliesst (also bei der Exspiration und beim Sprechen), bei der Inspiration dagegen sich öffnet.

11. Rhese (Königsberg): Die Diagnostik der Erkrankungen des Siebbeinlabyrinths und der Keilbeinhöhle auf dem Röntgenbild.

Bei der Sagittalaufnahme wurde bisher die Thatsache nicht entsprechend

gewürdigt, dass das hintere Siebbein auch von hinten bis in die Orbita hineinsieht und daher lateral vom medialen Orbitalrand nahezu isolirt auf dem Röntgenbild sichtbar ist.

Verschleierungen lateral vom medialen Orbitalrand, besonders bei Verwachsensein bezw. Verlöschtsein der lateralen Grenzlinie deutet daher auf eine Erkrankung des hinteren Siebbeins und lässt sich hieraus ein Anhaltspunkt für die Differentialdiagnose zwischen vorderem und hinterem Siebbein gewinnen.

Bei Erkrankungen der Keilbeinhöhlen ist häufig eine umschriebene, fast an das Septum reichende, den Raum zwischen letzterem und der medialen Siebbeinbegrenzung ausfüllende Verschleierung diagnostisch verwerthbar.

Da Sagittalaufnahmen häufig unzureichend sind, wandte sich R. einer besonderen Art von Schrägaufnahmen zu. Die Platte liegt hierbei unmittelbar an der Orbita, die dicke Schädelkapsel wird ausgeschaltet, sodass Feinheiten deutlich sichtbar werden. Die Vorzüge dieser Schrägaufnahmen liegen ferner darin, dass Verschleierungen in grösserer Breite auf die Platte kommen, sodass man ein genaue Uebersicht über die ganze anatomische Situation erhält und genau die Stelle der Erkrankung — ob vorderes oder hinteres Siebbein oder Keilbeinhöhle — localisiren kann. Letzteres ist besonders vortheilhaft. wenn es sich darum handelt, die Beziehungen des vorderen Siebbeins zu Erkrankungen der Thränenwege, diejenige der Frontalzellen zu Erkrankungen der Stirnhöhle klar zu legen, ferner dann, wenn es sich um eine Stützung der Diagnose auf Keilbeinhöhlenempyem handelt. Letzteres ist auf dem Schrägbild an der Verschleierung der Keilbeinhöhlengegend und dem Verwaschensein der Grenzlinien oft recht gut zu erkennen.

12. Katzenstein (Berlin): Ueber Brust- und Falsettstimme.

Der Vortragende bespricht zunächst die Untersuchungen über Brust- und Falsettstimme am ausgeschnittenen Kehlkopf mittelst des Kehlkopfspiegels und des Stroboskops. Er selbst hat bei seinen eigenen Untersuchungen zunächst mit du Bois-Reymond die Muskelthätigkeit bei Brust- und Falsettstimme festgestellt. Zu diesem Zwecke wurde der Biskowius'sche Versuch am ausgeschnittenen Kehlkopf auf das lebende Thier übertragen, indem die Trachea bei narkotisirten Hunden quer durchtrennt unter der Schonung der Nn. recurrentes und in das obere zum Kehlkopf führende Ende der Trachea ein T-Rohr eingeführt wurde, dessen zweiter Schenkel mit einem Wassermanometer in Verbindung stand. Bei Anblasen des Kehlkopfs konnte so der dabei aufgewendete Druck gemessen werden. Indem während des Anblasens die Nn. recurrentes oder die Nn. recurrentes mit den Nn. laryngei supp. oder schliesslich die Nn. laryngei supp. allein gereizt wurden, wurden die Verhältnisse der Lautgebung nachgeahmt. Eine Reizung beider Nn. recurrentes ergab bei 30—40 cm Wasser schon Brustsington in der Höhe von A., bei Druckerhöhung trat eine Steigerung der Tonhöhe bis um eine Quinte, ebenso eine solche bei Erhöhung der Stromstärke ein. Wurden die Nn. recurrentes gereizt und darauf die Nn. laryngei supp., so trat eine Steigerung der Tonhöhe um eine Quinte ein. Dabei wurde eine Spannung der Stimmlippen in dorsoventraler Richtung beobachtet. Bei Reizung des N. laryngei supp. allein entstand ein hoher pfeifender Ton, analog dem menschlichen Falsett.

Bei dem an Hunden erzeugten Brusttone wirken also alle Schliess- und Spannmuskeln gleichmässig. Je höher der Ton, desto grösser der aufzuwendende Luftdruck. Bei den Falsetttönen wirken nur stark die Spanner, wenig die Schliesser des Kehlkopfs. Der Luftdruck ist gering. Eine Röntgenuntersuchung bestätigte diese Untersuchungen. Die Aufnahmen Möller's und Fischer's zeigten, dass der Winkel zwischen Ring- und Schildknorpel bei der Falsettstimme kleiner war als bei der Bruststimme, so dass also bei der Falsettstimme der N. crico-thyreoideus relativ sehr thätig sein muss. K. folgerte aus diesen Versuchen, dass beim Kunstgesang das Brustregister nicht zu sehr in die Höhe getrieben werden darf, dagegen das Falsettregister in möglichst tiefen Lagen beginnen muss. Diese Vorschrift gilt für alle Stimmgattungen.

Weiterhin hat K. Athemregistrirungen angestellt der Brust- und Bauchathmung bei Brust- und Falsettbildung, ohne dass die untersuchte Person von den Aufzeichnungen auf der Trommel während der Tonproduction etwas wahrnehmen konnte. Nach Garcia's und Grutzner's Wiedergabe machte ein Metronom bei einem Sänger während möglichst langer Brusttöne 24—26, bei Falsetttönen 18 Schwingungen, während nach Merkel hohe Fisteltöne viel länger als Brusttöne gehalten werden. K.'s Registrirungen ergaben auffällige Unterschiede zwischen Kunst- und Natursängern: Bei ersteren wurde durchweg der Falsettton weit länger als der Brustton ausgehalten, bei letzteren umgekehrt. Durch den Kunstgesang wird also die Athemführung in der Weise geändert, dass während der Falsetttonbildung mit einem ganz geringen Aufwand von Luft gearbeitet wurde, ein Befund, der im Einklang steht mit den Ergebnissen K.'s am lebenden Thier, nach denen beim Falsettton der Luftdruck gering ist.

Klanganalytische Untersuchungen K.'s der Brust- und Falsettstimme mittels des Martens'schen Apparates ergaben übereinstimmend, dass der Falsettton eine einfachere Form hat als der Brustton und dass bei letzteren die Obertöne mehr und stärker in Erscheinung treten. Die Voix mixte weist mehr oder stärkere Obertöne als die Falsettstimme auf, ist also wirklich eine Mittelstufe zwischen Falsett- und Bruststimme.

Schliesslich wurde festgestellt, dass, je geringer die Gesammtintensität des gesungenen Tones ist, desto grösser die relative Wirkung der Obertöne wird. Demnach wächst die Stärke des Gesammttones; wenn der Gesammtton sehr stark wird, so wird die relative Stärke der Obertöne geringer.

Discussion:

Flatau (Berlin) wünscht die Ausnützung der genetischen Stimmentwicklung auch in der Registerfrage, die nicht bloss optisch gelöst werden kann. Auch die Fehlerquellen der Grammophonmembran und des Trichters sollte man auszuschalten suchen und neben der Laryngoskopie die Endoskopie heranziehen.

Gutzmann (Berlin) kann das Endoskop nicht sehr wegen seiner mangelhaften Optik empfehlen, da es die Bilder verzerrt und vergrössert. Dagegen sollte man es für die Untersuchung physiologischer Verhältnisse anwenden. Sehr sorgsam müsste man für die Lösung der Registerfrage die Stimmstörungen bei gewissen centralen Dysarthrien untersuchen.

Flatau (Berlin) giebt bei endoskopischer Untersuchung eine Vergrösserung durch das Endoskop zu, doch kommt es, um genau zu untersuchen, nur auf die richtige Einstellung an, ebenso wie bei jedem Mikroskop.

Gutzmann will auch diese Möglichkeit nicht zugeben und fordert die Anwesenden auf, in der Ausstellung diesbezügliche Versuche vorzunehmen.

In seinem Schlusswort sagt Katzenstein, dass Uebergangsstellungen zwischen Brust- und Falsettregister durch Wirkung des N. thyreo-cricoideus erzeugt werden. Die Register des Kindes sind innerhalb seines Tonbezirks entsprechend denen des Erwachsenen. Die Registerfrage während der Pubertät ist noch nicht geklärt. Bei der von ihnen benutzten photographischen Aufnahme kommen hauptsächlich zwei Fehlerquellen in Betracht: erstens wird die photographische Platte durch ein fallendes Gewicht bewegt und zweitens ist die Vergrösserung der Curve nicht ganz naturgetreu. Die jetzige Methode der Endoskopie ist wissenschaftlich nicht zu verwerthen, da die Larynxbilder verzerrt sind und Motilitätsstörungen, die phonetisch von grösster Wichtigkeit sind, wie auch Farbenunterschiede sich nicht genügend feststellen lassen. Die phonetische Untersuchung centraler Dysarthrien ist gewiss von grösster Wichtigkeit.

13. Gerber: Spirochäten in den oberen Luft- und Verdauungswegen. (Resumé).

1. Die Mundrachenhöhle enthält auch im normalen Zustande an besonders geeigneten Stellen massenhaft Spirochäten, und zwar:

I. Unter dem Zahnfleischrande.
II. In den Tonsillennischen.
III. Zwischen den Zungenpapillen.

An den andern Stellen nur, wenn diese pathologisch verändert sind.

2. In der Nase, im Nasenrachenraum und im Kehlkopf sind sie nur selten und spärlich anzutreffen.

3. Die Spirochäten zeigen verschiedene Formen, die immer wiederkehren.

I. eine grobe, gleichmässig gewellte Form, die ich „Sp. undulata“ benennen möchte,
II. grobe, ungleichmässig gewundene Form, die Sp. inaequalis,
III. feine, mit engen gleichmässigen Windungen, die Sp. dentium,
IV. ganz feine gleichmässige Windungen, die Sp. denticola,
V. ganz feine gewellte Form, die Sp. tenuis,
VI. fast gerade dünne Form, die Sp. recta.

Form II dürfte eine Erstarrungs- oder todte Form von I sein.

Die Formen V und VI entsprechen den bei Angina Vincenti gefundenen Spirochäten. Die „Sp. Vincenti“ und Sp. dentium kann man ohne Weiteres nicht mehr als identisch bezeichnen.

4. Die Beobachtung im Dunkelfeld zeigt, dass die die Mundrachenhöhle bewohnenden Spirochäten leben und Eigenbewegung haben. Bei diesen Bewegungen verändern sie vielfach ihre Form. Am formbeständigsten scheint die Sp. dentium, die sich, gleich den übrigen Spirochäten, schraubenförmig wie auch aalartig schlängelnd fortbewegt. Diese Bewegungen behalten sie auch im ungefärbten

Deckglaspräparat 24—36 Stunden. Jeder fremdartige Zusatz hebt die Bewegungen rasch auf.

5. Besondere Beziehungen der einzelnen Formen zu besonderen Stellen oder besonderen Zuständen konnten bisher nicht nachgewiesen werden. Auch war eine Vermehrung oder Veränderung der Spirochäten z. B. bei Angina und ähnlichen Zuständen nicht wahrzunehmen.

6. Mit den Spirochäten kommen — von den andern die Mundhöhle stets bevölkernden Mikroorganismen abgesehen — fast immer mehr oder weniger reichlich fusiforme Bacillen vergesellschaftet vor, bei der sogenannten Plaut-Vincent-schen Angina allerdings reichlicher, ja vorherrschend.

7. Die Spirochäten zeigen bei geeigneten Vergrösserungen auch Geisseln, Theilungsfiguren, knopfartige Anschwellungen, peitschenschnurförmige Aufrollung, Agglomeration, schraubenförmige Bewegung, kurz alle die der Sp. pallida zugeschriebenen Eigenschaften.

8. In Folge dessen und weil speciell die als Sp. dentium bezeichnete Spirochäte morphologisch der Pallida oft ganz gleich erscheint, konnten nicht alle Spirochäten, auf die die Beschreibung der Pallida passt, ohne Weiteres als für Syphilis sprechend angesehen werden, ebensowenig wie das Auftreten von Spirochäten und fusiformen Bacillen für die Plaut-Vincent'sche Angina. Nur wenn sie in grosser Anzahl an Stellen getroffen werden, die in der Norm keine Spirochäten beherbergen, ist ihnen eher in Hinsicht auf die Specifität ein Gewicht beizulegen. Alles dies um so mehr, als auch die Sp. pallida durchaus nicht immer nur in der typischen, als charakteristisch beschriebenen Form auftritt.

9. Die Darstellung der Spirochäten kann einmal leicht und bequem mittels des Burri'schen Tuscheverfahrens erfolgen. Aber auch verschiedenen Färbemethoden sind sie zugängig. Unter diesen eignet sich die Giemsa-Methode am wenigsten. Gut ist die Färbung mit Carbol-Fuchsin, am deutlichsten die mit Krystallviolett (Meirowski). Eine gute Doppelfärbung giebt Methylgrün-Pyronin (Gerber), das aber die fusiformen Bacillen lebhafter färbt wie die Spirochäten.

(Erscheint ausführlich im „Centralblatt für Bakteriologie".)

Discussion:

von zur Mühlen (Riga): Es wird gewiss sehr fruchtbar sein, wenn man, wie das von Gerber geschehen ist, die Mundrachenhöhle systematisch bakteriologisch untersucht. Er fragt an, ob auch bei der Noma, die sich oft aus einer anscheinenden Angina Vincenti entwickelt, Spirillen gefunden worden sind, die als Erreger in Frage kommen.

Frese (Halle) hält das Krankheitsbild der Angina Vincenti, das er häufig sieht, doch für ein klinisch wie bakteriologisch wohl umschriebenes.

Gerber (Schlusswort): Bei der Noma sind auch Spirochäten gefunden worden. Ich habe leider keine Fälle zur Untersuchung gehabt. Was die Vincent'sche Angina betrifft, so gebe ich, wie gesagt, zu, dass bei ihr Spirochäten und fusiforme Bacillen so vorherrschen, dass man das Bild mikroskopisch vielleicht für gesichert halten könnte, aber es kommen dieselben Organismen doch auch sonst in der gesunden Mundhöhle wie auch bei mannigfaltigen anderen Processen z. B.

auch luetischen vor. Denken Sie sich, wenn auf einer specifischen Ulceration nach der Pallida gesucht wird, auch hier — sei es mit ihr oder ohne sie — können noch die Spirochäte dentium, Vincent'sche Spirillen und viele andere Mikroorganismen ähnlicher Art vorkommen. Welche Schwierigkeiten ergeben sich daraus! Jedenfalls fehlt auch noch eine sichere Abgrenzung der sogen. Vincentschen Spirochäte gegen die anderen Mundspirochäten.

Nachmittag $3^1/_2$ Uhr.

III. Sitzung, combinirt mit der Abtheilung für Ohrenheilkunde.

14. Frese (Halle a. S.): Ueber eine eigenartige Erkrankung der Mund- und Rachen-Schleimhaut.

Auf dem Gebiete der entzündlichen Mund- und Rachenkrankheiten giebt es noch viele unklare und noch nicht genügend erforschte Dinge. Drei Gründe sind hierfür in erster Linie maassgebend: Einmal ist vielfach nur eine klinische, keine ätiologische Eintheilung der Erkrankungen möglich, zweitens ist die symptomatische Aehnlichkeit ätiologisch differenter Affectionen oft gross und giebt dadurch leicht zu Täuschungen Anlass. Diese Aehnlichkeit resultirt namentlich aus den besonderen Verhältnissen der Mundrachenhöhle (schnelle Ulceration) und aus dem nicht seltenen Hinzutreten von Mischinfectionen. Schliesslich erschwert die Verschiedenheit der Beobachter (Halsarzt, Dermatologe, innere Mediciner) eine einheitliche Beobachtung und Beurtheilung. So ist es zu verstehen, dass bis in die neueste Zeit hinein ganz differente Krankheitsprocesse zusammengeworfen sind. Unser Bestreben muss darauf gerichtet sein, klinisch scharf umschriebene und womöglich ätiologisch gesonderte Krankheiten und Krankheitsgruppen abzugrenzen. Hierzu ist nothwendig eine genaue Analyse und Registrirung einschlägiger Beobachtungen. Einen Beitrag sollen nach dieser Richtung mehrere, zusammengehörige Fälle geben, die nach mancher Richtung interessant sind und deren Einreihung in das Schema der bekannten Erkrankungen Schwierigkeiten macht. Bei allen Patienten handelte es sich um ein recidivirendes Auftreten kleinerer und grösserer Geschwüre auf der Mund- und Rachenschleimhaut (Lippen, Wangen, Zunge, Mandeln, Rachen). Dieselben entwickelten sich schnell aus entsprechenden, bis in die Submucosa reichenden Infiltraten. Die Ulceration begann mit einer centralen, punktförmigen Nekrose des Infiltrats; die Geschwüre, linsen- bis bohnengross und von meist ovaler Form, lagen gewönlich 1—2 mm unter dem Schleimhautniveau und zeigten einen fest anhaftenden, grau-gelben Belag; die Begrenzung war ziemlich scharf; die Umgebung meist wenig infiltrirt und geröthet. Bei einem Patienten erreichten die Geschwüre zum Theil grössere Ausdehnung und Tiefe und zeichneten sich durch sehr geringe Heiltendenz (monatelanges Bestehen) aus. Fötor ex ore bestand nicht; Gebiss und Zahnfleisch waren intact. In Abkratzpräparaten fanden sich keine irgendwie charakteristischen Mikroorganismen (keine fusiformen Bacillen und Spirillen). Aus excidirten Gewebsstückchen wuchsen nur Staphylokokken. Ausser zum Teil sehr unangenehmen localen Beschwerden bestand keine Störung des Allgemeinbefindens und kein nachweisbarer Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. Die Patienten erfreuten sich vielmehr im Uebrigen einer guten Gesundheit (Wassermann'sche Reaction negativ).

Eine Einreihung der Fälle unter die sogen. recividirende Stomatitis aphthosa der Erwachsenen ist nicht angängig, wenn man dem Begriff „Aphthen" nicht eine unzulässige Ausdehnung geben will. Auch zu den häufig recidivirenden bläschenbildenden Affectionen können die Fälle nicht gerechnet werden, da im Entwicklungsgange der Geschwüre niemals eine Bläschenbildung nachweisbar war, die Entwicklung der Ulceration vielmehr von einer kleinen, centralen Nekrose des Infiltrats ausging. Die Gruppe des Erythema multiforme und urticatum kam bei dem dauernden Fehlen von Hauterscheinungen und auch aus anderan Gründen nicht in Betracht.

Vortragender möchte die Fälle vorläufig unter dem nichts präjudicirenden Namen einer „Stomato-Pharyngitis ulcerosa disseminata" zusammenfassen.

Discussion:

In der Discussion fragt Stenger an, ob vielleicht chemische Ursachen in Betracht kämen.

Rhese (Königsberg) hat ähnliche Krankheitsbilder bei Leuten, die eine Magenaffection oder ein Gebiss hatten, öfter gesehen.

Cohn (Königsberg) sah zu gewissen Zeiten epidemisch auftretende Mundkrankheiten ähnlicher Art, wie die oben beschriebene, die jedoch auf Behandlung mit Argentum oder Chrom heilten.

Frese fand sehr ähnliche Mundaffectionen im Verlauf von Constitutionsanomalien, Diathesen, Arthritis etc. Eine ätiologische Differenzirung hält er für sehr wünschenswerth.

Flatau (Berlin) hebt die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten bei den genannten Affectionen hervor.

Frese betont im Schlusswort, dass weder am Gebiss etwas zu bemerken war, noch eine Constitutionsanomalie vorlag.

15. Linck (Königsberg): Ueber die Histogenese der Bursa pharyngea.

Vortragender geht aus von den verschiedenen Theorien, die über die Entstehung der Bursa pharyngea veröffentlicht wurden und knüpft dann an an die von Dursy-Ganghofener und von Froriep geäusserte Entstehungstheorie von der Fixation der Schleimhaut an den Resten der Chorda dorsalis. Für die Richtigkeit dieser Annahmen sollen die Untersuchungsbefunde des Vortragenden neue Gesichtspunkte und neue Beweisgründe beibringen: Er theilt die Befunde seiner an 16 Embryonen von 2—25 cm Scheitelfusslänge vorgenommenen Untersuchungen in 3 Gruppen:

Gruppe A. Die Chorda dorsalis zeigt flächenhafte Verbindung mit der Rachenoberfläche bei einem Fötus von 2 cm Scheitelfusslänge und bei einem Fötus von 3 cm Länge zeigt sich nur eine ventrale Vorstülpung am Scheitelpunkt des Chordalbogens.

Gruppe B. Die Rachenschleimhaut zeigt bei 8 Föten von 4—12 cm Scheitelfusslänge eine mehr oder weniger tiefe Epitheleinstülpung, mit deren Grunde direct oder durch Vermittelung besonders kräftig gebildeter Bindegewebsfibrillen die Chordareste des aufsteigenden Chordaschenkels in Verbindung stehen.

Gruppe C. Die Rachenschleimhaut stellt sich bei 5 Föten von 2—25 cm Scheitelfusslänge als glatt und eben dar, und die Reste der Chorda dorsalis treten mit ihr nicht in Verbindung. —

Aus diesen Befunden leitet Vortragender für die Fälle, bei denen im frühen Entwicklungsstadium eine gewebliche Verbindung zwischen Chorda dorsalis und Rachenoberfläche besteht und lange genug andauert, einen besonderen durch den Chordalstrang bewirkten Wachsthumsmechanismus in der Rachenhaut her. Derselbe führt unter der Abdrängung der Schleimhaut, welche mit dem Dickenwachsthum der Rachenhaut Hand in Hand geht, und in Folge des ungleichmässigen Längenmaasswachsthums des Os occipitale zu einer stärkeren Spannung des aufsteigenden Chordalschenkels, und diese wieder bewirkt durch elastischen Zug die Epithelieneinstülpung an der mit der Chorda fixirten Stelle der Rachenoberfläche. Neben dieser rein mechanischen Entstehungsart der Bursa pharyngea spielt das Rachenepithel nur eine nebensächliche active Rolle insofern, als es grubenartig in die Tiefe wächst da, wo eine vertiefte Form der Chordafixation eine Gelegenheit dazu bietet.

16. Cohn (Königsberg): Die oberen Luftwege bei den Leprösen im Memeler Lepraheim.

C. hat 10 Fälle von Lepra, und zwar 6 von Lepra tuberosa und 4 von Lepra anaesthetica untersucht. In allen Fällen von Lepra tuberosa fanden sich hochgradige Veränderungen in Nase, Rachen und Larynx, und zwar documentirten sie sich als Knoten, Infiltrationen, Narben oder Ulcerationen. In den betreffenden Fällen fanden sich stets Bacillen in enormer Menge, besonders reichlich im Nasenschleim. Die Infection ging in einem Falle mit Sicherheit von der Nase aus. In Folge dessen hält der Vortragende es für möglich, dass es Fälle gebe, in denen die Erkrankung nicht an der äusseren Haut, sondern der Schleimhaut der oberen Luftwege, spec. der Nase, ihren Anfang nehme. Demonstration eines Leprakehlkopfes und einer Tafel mit Bildern und Bacillen.

17. Simkò (Budapest): Ueber Sklerom in Ungarn.

Ungarn ist eines der Länder, wo das Sklerom sehr verbreitet ist. Bei uns befassten sich mit ihm Irsai, Rona und Morelli, der als Erster im Jahre 1885 das Sklerom im Rochusspital diagnosticirte. Wir bekamen die meisten Fälle aus Ost-Ungarn, von der galizischen Grenze, wo die Cultur und die Reinlichkeitsliebe des Volkes immer noch sehr im Rückstande sind. Wir hatten seit 1901 67 Skleromfälle, von denen die meisten sich auch auf den Larynx verbreiteten und nur wenige auf die Nase und den Pharynx. Was die Feststellung der Diagnose betrifft, geschieht sie meistens durch histologische Untersuchungen oder durch ein serologisches Verfahren, mit welchen sich der Assistent des Budapester pathologischen Institutes befasst, der mich jedoch nicht bevollmächtigte, darüber zu referiren. Das Sklerom erscheint als eine elastische harte, grauröthliche Wucherung oder als grauröthliche Verdickung der Schleimhaut. Das Velum ist hinaufgezogen. Die Diagnose befestigt noch der typische Fötor. Bei der Therapie ist die Form in Betracht zu ziehen, denn dort, wo ein Tumor ist, muss chirurgisch vorgegangen werden, man muss den Tumor entfernen und den Grund galvanokaustisch zer-

stören. Doch dort, wo kein Tumor ist, können wir nur conservativ vorgehen und zwar innerlich mit Kalium jodatum und Bougierung event. Intubation des Larynx oder Röntgen. Obgleich das Sklerom keine contagiöse Infectionskrankheit ist, denn es gelang selbst nicht, sie durch Impfung zu übertragen (Schrötter), es aber endemisch auftritt, müssen wir gegen die Verbreitung so viel wie möglich arbeiten. In dieser Arbeit wäre es uns sehr behilflich, wenn in einigen Centren Skleromcomités wären, denen jeder Arzt seinen Fall melden müsste. Zur Beschränkung der Verbreitung gehört noch, das Volk aufzuklären.

Von unseren Fällen will ich nur zwei referiren, und zwar füllte das Sklerom bei allen beiden die ganze Nase aus. Wir entfernten mittels Messers und Galvanokaustik die Wucherung, und bis jetzt — das sind bereits zwei Jahre — haben wir kein Recidiv.

Discussion:

Gerber: Ursprünglich hatte ich in unserer Section über das Schicksal der ostpreussischen Skleromkranken sprechen wollen. Da ich aber auf eine anderweitige Anregung hin in der Gesammtsitzung der medicinischen Hauptgruppe am Donnerstag Nachmittag das Thema behandeln werde, so will ich daraus hier nur das erwähnen, was mir das wichtigste Ergebniss der neueren Skleromforschung zu sein scheint. Goldzieher und Neuber in Budapest ist es gelungen, im Blut Skleromkranker Antistoffe gegen den Bacillus Frisch nachzuweisen, die mit diesem Complementfixation ergaben, mit dem ihm morphologisch identischen Friedländer-Bacillus nicht. Diese Versuche sind auf meine Veranlassung im hiesigen hygienischen Institut von Bürgers nachgeprüft und bestätigt worden. Danach müssen wir wohl den Bacillus Frisch als Erreger des Skleroms ansehen und können auch hoffen, künftighin in zweifelhaften Fällen die Serumreaction als diagnostisches Hilfsmittel verwerthen zu können.

Streit (Königsberg) führt aus: Der Sklerombacillus habe zwar sicher mit der Entstehung der Krankheit etwas zu thun, doch seien die Beweise dafür, dass dieser Bacillus in der That der alleinige sichere Erreger des Skleroms sei, zur Zeit wenigstens als nicht völlig genügend anzusehen. Für die ätiologische Bedeutung des Sklerombacillus spräche evident das histologische Bild. So habe Streit nachweisen können, dass der Bacillus von der äusseren Oberfläche her ins Gewebe eindringe und daselbst nicht nur den Zellleib, sondern auch den Zellkern occupire. Der Vortragende habe wiederholt sämmtliche Degenerationserscheinungen vom Beginne an sowohl an der Plasmazelle wie auch an der Epithelzelle feststellen können. Er habe unter Anderm auch eine Patientin, die Schwester zweier Skleromkranken beobachtet, bei der das klinische Bild noch negativ gewesen sei, während sich sowohl die typischen histologischen Veränderungen als auch Sklerombacillen in der Nasenschleimhaut haben nachweisen lassen. Gegen die ätiologische Bedeutung spräche aber z. B. der Umstand, dass Streit durch den Sklerombacillus bei der Katze typische Friedländer-Pneumonien erzeugt habe. Agglutinationsversuche, Thierversuche etc., die der Vortragende im hygienischen Institut zu Königsberg angestellt habe, hätten diese Frage nicht mit Sicherheit entscheiden können.

Ferner weist Streit auf einen Fall von „Rhinosklerom“ beim Pferde hin (publicirt aus den Jahresberichten der beamteten Thierärze Preussens 1901. Bern-

bach. Berlin 1902). Der Fall wurde im pathologisch-anatomischen Institut der Thierärztlichen Hochschule untersucht. Klinisch erscheint dem Vortragenden der betreffende Fall allerdings sehr anfechtbar.

Was die Prophylaxe der Krankheit betrifft, so äussert sich Streit nach seinen Kenntnissen, die er sowohl durch Feststellung eines oberschlesischen Skleromherdes, als durch seine mit Unterstützung der Behörden unternommene Bereisung der ostpreussischen Skleromherde im Jahre 1903 gewonnen hat, in folgender Weise. Er verweist auf die prophylaktischen Maassnahmen, die er seiner Zeit im Archiv für Laryngologie in mehreren Arbeiten empfohlen hat und die in folgenden Punkten bestehen:

1. Allgemeine Anzeigepflicht für das Skleroms.

2. Besondere Controllirung der Skleromherde durch die in denselben practicirenden Amtsärzte. Diese letzteren müssten über das Wesen und die Hauptsymptome des Skleroms aufgeklärt werden.

3. Jährliche Controllirung der Skleromkranken und Belehrung derselben über die nothwendigen hygienischen Maassnahmen Seitens der Amtsärzte.

4. Bereisung der Skleromgegenden durch ärztliche Commissionen etwa alle 2—3 Jahre. Die Familienangehörigen sind stets principiell hierbei zu untersuchen.

5. Die Skleromkranken, die ärztlicher Behandlung bedürfen, seien auf staatliche Kosten einem besonders ausgewählten Krankenhaus in Königsberg bezw. Breslau zu überweisen. An diesen Krankenhäusern seien ständige Skleromstationen einzurichten.

Streit hält diese vorgeschlagenen Maassnahmen zur Zeit für mehr denn je nöthig und empfiehlt den staatlichen Behörden dringend die Durchführung derselben.

Damit waren die Abtheilungssitzungen beendet.

Donnerstag, den 22. September, Nachmittag

sprach in der Gesammtsitzung der medicinischen Hauptgruppe:

18. Gerber (Königsberg): Ueber das Sklerom insbesonders in Ostpreussen im Jahre 1910.

Als Erreger des Skleroms haben wir jetzt wohl mit Sicherheit den 1882 von v. Frisch entdeckten Kapselbacillus anzusehen, nachdem es jüngst Goldzieher und Neuber in Prag geglückt ist, im Blutserum von Skleromkranken Antistoffe gegen den Bacillus Frisch nachzuweisen, die mit diesem Complementfixation ergaben, mit dem ihm sonst ganz ähnlichen Friedländer'schen nicht. Auf meine Veranlassung und mit gütiger Erlaubnis des Herrn Prof. Kruse hat College Bürgers von unserem hygienischen Institut diese Versuche nachgeprüft und bestätigt gefunden. Danach also müssen wir den Kapselbacillus von Frisch für den Erreger des Skleroms ansehen und können in Zukunft in zweifelhaften Fällen die serologische Diagnose zur Unterstützung heranziehen. In wie weit wir auf diesem Wege zu therapeutischen Resultaten gelangen werden, steht noch dahin. Versuche mit einer von Bürgers hergestellten Vaccine haben bisher noch keine sicheren Resultate ergeben.

Die ehemalige Anschauung, als sei das Sklerom nur in bestimmten Bezirken in einigen Herden vorhanden und gehe die ganze übrige Welt nichts an, hat sich mit zunehmender Erkenntniss als falsch erwiesen und muss aufgegeben werden. Wir wissen heute, dass diese Krankheit sporadisch in der ganzen Welt auftritt, in Europa wie in Amerika, in Asien wie in Afrika, wenn auch bestimmte Territorien sich durch ein besonders reichliches, endemisches Vorkommen auszeichnen. In Europa wiederum sind es nicht nur die Länder des ehemaligen Königreichs Polen, nicht nur Galizien, sondern auch die andern Provinzen Oesterreich-Ungarns, Russland, Italien, Frankreich und die Schweiz und schliesslich auch Deutschland, die ihr Contingent beisteuern. In der Aufzählung von Wolkowitsch figurirt Deutschland mit einem Fall, der aus dem dicht an der österreichischen Grenze gelegenen oberschlesischen Kreise Neisse stammt. Auch die im nächsten Decennium ganz vereinzelt mitgetheilten Fälle stammen zumeist aus Schlesien. Im Allgemeinen hielt man das übrige Deutschland wohl für frei von Sklerom. In den Jahren 1896—99 habe ich dann die ersten Skleromfälle aus Ostpreussen beobachtet und im Jahre 1900 begann die Aufdeckung des ostpreussischen Skleromherdes. Fast alle damals beobachteten Fälle entstammten den an der russischen Grenze gelegenen Kreisen Lyck und Marggrabowa und verhielten sich zu Russland genau so wie die schlesischen Fälle zu Oesterreich. Die Beobachtungen aus dieser Gegend mehrten sich in den nächsten Jahren, sehr bald kamen auch solche aus den benachbarten Kreisen hinzu und heute haben wir 28 Skleromfälle in Ostpreussen, unter denen höchstens 4 als fraglich bezeichnet werden könnten. Denn 16 boten die bezeichneten bakteriologischen Verhältnisse, 11 sind histologisch positiv, 5 sind pathologisch nicht untersucht und nur 3 ausdrücklich bakteriologisch und histologisch negativ. Das Maassgebende bleibt ja aber immer — bei den ausgesprochenen Schrumpfungsvorgängen dieser Krankheit das klinische Bild. Von diesen 28 Fällen sind 9 verstorben, 5 nicht mehr zu ermitteln, möglicherweise auch verstorben, 2, die seit 10 Jahren in Beobachtung stehen, sind z. Z. gesund, die 5 in der letzten Zeit behandelten Fälle befinden sich mehr oder minder gut. In Schlesien sind jetzt 18 Fälle bekannt. Aber es ist nicht bei diesen beiden compacten Herden geblieben. Inzwischen sind auch aus ganz anderen Gegenden Deutschlands, wenn auch bisher nur vereinzelt, sporadische Fälle mitgetheilt worden. Wir haben somit heute in Summa, soweit mir bekannt, 55 deutsche Fälle. Diese Zahl will aber an sich garnichts sagen und kommt ganz gewiss der Anzahl der thatsächlich in Deutschland vorhandenen Skleromkranken auch nicht im Entferntesten nahe. Es handelt sich ferner um eine Krankheit, die blühende Menschenleben auf der Höhe ihres Lebens befällt, die contagiös ist, und von einer Bösartigkeit, die nicht übertroffen werden kann, eine Krankheit, die überall im Zunehmen begriffen ist und nun auch von verschiedenen Seiten her gegen unser Vaterland heranrückt. Wolkowitsch kannte seiner Zeit 86 Fälle insgesammt, v. Schrötter berechnete die Zahl der publicirten Fälle im Jahre 1906 auf 600 und 1909 auf ca. 1000. Was Ostpreussen speciell betrifft, so könnten wir die Sache vielleicht ruhiger ins Auge sehen, wenn es sich hier um einige vielleicht zufallsweise gehäufte Fälle handelte, für die Nachschübe kaum zu fürchten wären. Ein Blick auf diese Karte hier wird Sie eines andern belehren. Der Zusammenhang des ost-

preussischen Herdes mit dem russisch-polnischen jenseits unserer Grenze ist evident. In Russisch-Polen aber ist die Krankheit schon jetzt, wie in Galizien nicht mehr und nicht weniger als eine Volksseuche. Wollen wir warten, bis es auch bei uns so weit ist? So wie es hier gezeichnet ist, sieht die Gegenwart Ostpreussens in Hinsicht auf das Sklerom aus, — so aber kann seine Zukunft aussehen! Der Vergleich mit der Lepra liegt nahe und ist schon oft gezogen worden. Deutschland hat für 15 Lepröse ein Lepraheim gegründet und Congresse und Specialzeitschriften angeregt. Für die Zahl der schon jetzt 4 mal so starken Skleromkranken geschieht nichts. Bei uns in Preussen haben die Behörden eigentlich dafür gethan, was sie zunächst dafür thun konnten. Nur das mangelnde Interesse der Aerzte lässt diese Frage nicht in Fluss kommen. Sollte es mir nun gelungen sein, hier, an der Hauptstätte des deutschen Skleroms, die Aufmerksamkeit dafür zu erwärmen — noch bevor die Ende dieses Jahres in Wien zusammentretende internationale Skleromconferenz ihre Arbeiten beginnt —, so würde ich meine Aufgabe für erfüllt halten.

---

d) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 10. Juni 1909.

Koenig: Diagnostischer Irrthum durch das Mikroskop aufrecht erhalten.

Es handelte sich um den Fall eines 24jährigen Mannes, der seit mehreren Monaten an einem als „Angina Vincenti“ diagnosticirten Halsleiden litt. Es stellte sich heraus, dass es sich um Syphilis handelte, und zwar hatte man den Primäraffect für die Angina Vincenti gehalten.

Cornet: Man findet fast bei allen geschwürigen Processen im Halse den Bacillus fusiformis und die Vincent'schen Spirillen. Die Spirochaeta pallida muss man im Gewebe selbst aufsuchen.

Veillard hat ein Mandelgeschwür, das alle Charaktere der Vincent'schen Angina bot und wo unter dem Mikroskop typische fusiforme Bacillen und Spirillen sich fanden, unter specifischer Behandlung schnell heilen sehen, nachdem vorher 14 Tage lang ohne Resultat local Methylenblau applicirt worden war.

Cornet (Châlons-sur-Marne): Bright'scher Schnupfen.

C. hat bei einigen Nephritikern vor dem Auftreten der Hauptsymptome der Niereninsufficienz einen chronischen Schnupfen gesehen, den er auf ein Oedem der Nasenschleimhaut zurückführt. Dieser Schnupfen wurde im Allgemeinen in Kurzem durch kochsalzarme Nahrung gebessert.

Bosviel: „Kystes pseudo-sébacés“ des Pharynx.

Unter dieser Bezeichnung beschreibt B. kleine weiss-gelbliche, glatte und leuchtende Hervorragungen von der Grösse einer kleinen Linse. Man findet sie in der Schleimhaut des Gaumensegels, der Uvula, der Gaumenbögen und der Pharynxwand. Sie verursachen ein wenig Beschwerden, sind aber weder von Fieber noch sonstigen Allgemeinsymptomen begleitet.

Die Affection wird meist durch Zufall entdeckt. Die Behandlung besteht darin, dass man die Knötchen mit dem Bistouri öffnet und sie mit Jodtinctur austupft.

Max Scheier (Berlin) hat Radiogramme eingesandt, die zum Studium der Stellung von Lippen, Gaumen, Zunge, Kehlkopf beim Phoniren dienen.

Sitzung vom 9. Juli 1909.

Boulay stellt eine 30jährige Frau mit Erkrankung des Antrums vor, die vor einem Jahre mit Schmerzen von einer eitrigen Gingivitis und Zahnausfall anfing. Die Schmerzen sind jetzt unerträglich und machen Morphiuminjectionen erforderlich. Es besteht Schwellung der Wange, Tiefstand des Gaumensegels, Verbreiterung des Alveolarrandes. Nasenhöhle normal, ohne Eiter; Wange bei der Durchleuchtung dunkel, Durchspülung ergiebt eine trübe Flüssigkeit. B. nimmt an, dass es sich um einen malignen Tumor handelt.

Le Marc'hadour stellt einen Kranken vor mit einem Abscess des hinteren Gaumenbogens. Er bespricht die Differentialdiagnose dieser Affection gegenüber den peritonsillären Abscessen.

Mahu stellt einen 36jährigen Mann vor, der gleichzeitig tuberculös und syphilitisch ist. Es bestand eine erhebliche Infiltration der Aryknorpel mit Unbeweglichkeit der rechten Larynxhälfte, infolge deren vor 2 Jahren die Tracheotomie nothwendig wurde.

Sitzung vom 10. November 1909.

Koenig: Morbus Basedow nach Abtragung der Mandeln. Besteht ein ursächlicher Zusammenhang?

Bei einer 28jährigen Person bildeten sich 4—5 Monate nach Abtragung der Tonsille die Symptome der Basedow'schen Krankheit heraus. Ohne der Amygdalotomie die Schuld an dem Basedow zuschreiben zu wollen, setzt K. den Fall in Parallele mit den zahlreichen in der Literatur beschriebenen, wo es nach Entfernung adenoider Vegetationen zur Besserung, ja sogar zum Verschwinden der Basedowerscheinungen kam.

Luc: Anwendung der Localanästhesie bei der Radicaloperation einer doppelseitigen chronischen Stirnhöhleneiterung.

Es handelte sich um eine 34jährige Frau, bei der schon 14 Tage vorher gleichfalls unter Localanästhesie eine rechtsseitige Oberkieferhöhleneiterung operirt worden war. Die Annahme der Stirnhöhlenaffection war zunächst eine hypothetische; die Stirnhöhlen wurden explorativ eröffnet und, als man in beiden Eiter fand, nach Killian operirt. Der Eingriff geschah unter geringen Schmerzen und wenig Blutverlust. Die Anästhesie wurde dadurch hervorgebracht, dass zunächst Gazebäusche mit Cocain-Adrenalinlösung getränkt in den mittleren Nasengang nach Abtragung der mittleren Muschel eingelegt wurden. Dann wurden entsprechend der Incision nach Killian in die Haut Einspritzungen einer Novocainlösung (1 prom. Adrenalin 5, Novocain 0,25, Wasser 20) gemacht. Ausserdem wurde

jederseits eine tiefe Injection unterhalb der medianen Partie der Orbita gemacht. Die Patientin ist völlig geheilt.

Foy: Rhinometrie.

F. demonstrirt seinen Atmorhinometer, der die Athemflecken aufzeichnet, aufbewahrt und misst.

Courtade protestirt energisch dagegen, dass in der Geschichte der klinischen Rhinometrie sein Name mit Stillschweigen übergangen werde, da er der Vater der Methode sei und ein Instrument, den Pneumographen, angegeben habe. Seit dem Januar 1902 habe er zahlreiche Mittheilungen darüber gebracht.

Georges Laurens: 1. Sterilisation der Hautdecke vor der Operation in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Nachdem L. die Jodtinctur angewandt hatte, von ihr wegen der Empfindlichkeit der Haut mancher Individuen aber wieder abgegangen war, benutzt er eine 20proc. Lösung von Jodtinctur in Chloroform.

2. Nasenrachenpolyp.

Grosser Tumor, der den Nasenrachenraum ausfüllte und einen Fortsatz in die Nasenhöhle sandte und aus dem Nasenloch hervorsah. Er konnte ohne jede Incision auf retropalatinem Wege extrahirt werden.

L. empfiehlt zwei Methoden: 1. Extraction auf oralem Wege oder 2. sublabiale Rhinotomie für die grossen, die Nebenhöhlen ausfüllenden Polypen. Er verwirft die Resectionen der Nase und Incisionen in die äussere Haut.

3. Kehlkopfpapillome; Thyreotomie, Fulguration.

5jähriges Mädchen vor 2 Jahren tracheotomirt; der ganze Larynx ist bis über die Epiglottis mit Papillommassen angefüllt. Es wird eine zweite tiefe Tracheotomie gemacht, der Larynx und Trachea eröffnet und nach Curettage der Papillome die Fulguration angewandt. Naht des Larynx; partielle Resection des Ringknorpels, der infolge der vor 2 Jahren gemachten Laryngotomia intercricothyreoidea zum Theil nekrotisirt war.

Nach 5 Monaten kein Recidiv der Papillome, aber Fortbestehen der Aphonie.

Caboche betont, dass den Kehlkopfpapillomen gegenüber auch die radicalsten chirurgischen Methoden im Stich lassen. Er hat in einem Falle ein gutes Resultat mittels der endolaryngealen Methode erzielt.

Guisez: 1. Diagnose und Therapie mittels der directen Methode in Fällen, wo der Spiegel im Stich liess.

G. führt zunächst einige, Kinder betreffende Fälle an, wo allein die directe Methode eine Diagnose erlaubte, einen von Larynxpapillomen und zwei von chronischen Stenosen. Bei einigen Erwachsenen war infolge Dicke des Zungengrundes und Ueberhängen der Epiglottis die Untersuchung unmöglich. Auch hat G. unter directer Laryngoskopie einen Kehlkopfpolypen aus der vorderen Commissur entfernt.

2. Zwei Fälle von ungewöhnlichen Antrumeiterungen.

Im ersten Fall handelte es sich um ein 6jähriges Kind, bei dem im Anschluss an eine Zahncaries eine sehr schwere osteomyelitische Sinusitis maxillaris auftrat;

bei der Operation fand sich eine ausgedehnte Nekrose des Oberkiefers. Trotz breiter Eröffnung, wobei sich ein ungewöhnlich entwickelter Sinus zeigte, hielten die septischen Erscheinungen an und das Kind erlag einer Thrombose der Vena ophthalmica und des Sinus cavernosus. G. hat früher einen analogen ein 4 Jahre altes Kind betreffenden Fall publicirt.

Im zweiten Fall, der gleichfalls in Folge einer Zahncaries entstand, waren grosse diagnostische Schwierigkeiten. Pat. schnaubte keinen Eiter, sondern klagte nur über subjective Kakosmie. Die Durchleuchtung ergab keinen Schatten. Die Probepunction ergab nur dann Eiter, wenn der Troicart ganz hinten im unteren Nasengang eingestossen wurde. Die Radicaloperation zeigte einen doppelten Sinus, dessen vordere Abtheilung fast gesund war, während die hintere voller Granulationen und Eiter war.

Mahu hat einmal bei einem 12jährigen Kind eine Sinusitis maxillaris operirt. Er hat vor einigen Jahren eine Patientin gehabt mit allen Symptomen einer linksseitigen Kieferhöhleneiterung; bei der Operation ergab sich, dass keine Highmorshöhle auf der betreffenden Seite existirte.

Barthas: Lupus der Wange und Lupus der Nasenschleimhaut.

Bei 18 Patienten mit Wangenlupus hat B. 8mal auch Erkrankung der Nasenschleimhaut gefunden; bei den 10 anderen bestanden gewöhnliche Veränderungen in der Nase, z. B. Rhinitis hypertrophica oder atrophica.

Lautmann (Paris).

---

e) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

64. Sitzung vom 3. November 1909.

Vorsitzender: Mygind.
Schriftführer: Blegvad.

I. A. Gramstrup: Ein Fall von asymmetrischen adenoiden Vegetationen mit Abscess.

Ein 18jähriger Mann bekam plötzlich rechtsseitige Ohrschmerzen und Schluckschmerzen; Röthe und Schwellung des rechten Seitenstranges, sonst nichts Besonderes. Katheterisiren der rechten Tuba mechanisch erschwert. Exploration: Vegetationen, vorwiegend rechts; die entfernte Rachentonsille zeigte nach rechts stärker hypertrophische Lappen und in der Gegend der Tuba einen geschlossenen Abscess.

Discussion: Mygind, Gramstrup.

II. A. Gramstrup: Drei Fälle von traumatischen Leiden der Kieferhöhle.

In zwei Fällen handelte es sich um Patienten, die durch starke Traumen des Alveolarfortsatzes mit späterer Fistelbildung bei sonst gesunden Zähnen ein Antrumleiden erworben hatten.

Der dritte Fall betraf einen 35jährigen Mann, der sich vor 10 Jahren mit einer Stecknadel den ersten Mahlzahn im linken Oberkiefer reinigte; es schien ihm, als verschwände die Nadel in den Zahn hinauf, weshalb er denselben ziehen

liess, ohne dass jedoch die Nadel gefunden wurde. Während der letzten paar Jahre ab und zu eitriger Schnupfen der linken Nasenhälfte; Concha media roth und geschwollen; Rhinoscopia posterior und Durchleuchtung ergiebt nichts Besonderes. Röntgenuntersuchung jedoch zeigte, dass unter und hinter der mittleren Muschel eine $2^1/_2$ cm lange Stecknadel sass, den Kopf in der Wand des Antrum. Die Nadel wurde mittels einer gebogenen Zange entfernt.

65. Sitzung vom 18. December 1909.

Nur Otologisches wurde vorgetragen.

66. Sitzung vom 16. Februar 1910.

Vorsitzender: Gottl. Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

N. Rh. Blegvad: Tonsillektomie (mit Demonstration von Instrumenten).

Die beste Behandlung der chronischen Tonsillenerkrankungen bei Erwachsenen ist die Tonsillektomie und zwar muss sie in folgenden Fällen vorgenommen werden: 1. bei wiederholten Anfällen acuter Tonsillitis, 2. bei wiederholten Anfällen peritonsillarer Abscesse, 3. bei einer Tonsillitis lacunaris chronica, die besondere Symptome verursacht, 4. in Fällen, wo der Patient schon einmal eine von der Tonsille ausgehende ernste Infection durchgemacht, 5. in Fällen von Adenitis colli, bei denen kein anderer Ausgangspunkt nachgewiesen werden kann.

B. empfiehlt die Tonsillektomie mittels der Schlinge. Die Schlinge von Peters arbeitet gut und zuverlässig. Ferner hat B. eine Zange zum Festhalten bezw. Hervorziehen der Tonsille construirt; sie ist in der Weise verfertigt, dass sich die Schlinge über die schon angelegte Zange einschieben lässt.

B. hat 16 Tonsillektomien vorgenommen und in keinem Falle beträchtliche Nachblutung erlebt. Die Resultate waren befriedigend.

Discussion:

Vald. Klein frägt, ob man nicht statt Cocain Novocain verwenden könne.

P. Tetens Hald: Eine wirklich vollständige Entfernung des adenoiden Gewebes lässt sich wohl bei der angegebenen Operation nicht erzielen.

Die aufgestellten Indicationen fand H. sehr zutreffend, nur könnte man sich bei chronischen „Mandelpfröpfen“ gewöhnlich mit Amygdalotripsie begnügen.

H. würde die Schlinge von Vacher vorziehen.

Schmiegelow hat mehrere Tausende Tonsillotomien vorgenommen und ist mit dem Tonsillotom von Mackenzie sehr zufrieden. Bei den kleinen Tonsillen hat er bei partieller Resection ausgezeichnete Resultate erzielt; die Methode von Blegvad sei seiner Meinung nach erstens zu complicirt, zweitens überflüssig.

Mygind ist mit der gewöhnlichen Tonsillotomie bei Kindern sehr zufrieden, nur selten sei eine Wiederholung der Operation nöthig. Bei den fast ausschliesslich bei Erwachsenen vorkommenden „small but diseased tonsils“ aber habe die Tonsillektomie sicher ein grosses und dankbares Feld.

Jörgen Möller hat bisher ein wirklich praktisches Instrument zum Hervorziehen der Tonsille vermisst und sei deshalb froh, dass Blegvad seine Zange construirt habe.

Die fortwährend wiederkehrenden Infectionen gehen bei Erwachsenen vorwiegend von dem oberen Pol aus und M. hat deshalb schon vor 7 Jahren auf die Bedeutung einer gründlichen Behandlung dieser Region aufmerksam gemacht. Er sei bisher mit dem Morcellement sehr zufrieden gewesen, die Tonsillektomie in der von Blegvad vorgeführten Gestalt scheine ihm aber so gefällig, dass er geneigt sei die Methode zu versuchen.

Willaume Jantzen: Die Entfernung der Tonsillen mittels der kalten Schlinge ist eine sehr hübsche Methode, jedoch kann es bei einer gewöhnlichen Schlinge bisweilen passiren, dass beim Zuziehen der Draht bricht.

Gottl. Kiär: Die peritonsillaren Abscesse sind bekanntlich weit häufiger als die tonsillaren; die Ursache sei vielleicht die, dass die Infection nicht immer durch die Tonsille stattfindet, sondern durch oberflächliche Läsionen der Schleimhaut.

Jörgen Möller denkt, dass der peritonsillare Abscess gerade von dem oberen Pol her entsteht, wo man keine fibröse Kapsel findet.

Blegvad hat das Novocain versucht, es aber ziemlich wirkungslos gefunden und sei deshalb wieder zum Cocain zurückgekehrt. Die Frage, wie oft nach einer einfachen Tonsillotomie Recidiv auftritt, ist schwer zu beantworten; man muss in Betracht nehmen, dass theils nicht alle Patienten sich einer erneuten Operation unterziehen wollen, theils dass sie nicht immer zu dem Arzt zurückkehren, der die erste Operation vorgenommen hat. Bei Erwachsenen ist es am rationellsten, eine erkrankte Tonsille mittels Tonsillektomie zu behandeln, nach Morcellement u. dergl. treten häufig Recidive auf. Gegen Behandlung mit Amygdalotripsie und dergl., die immer wieder vorgenommen werden muss, hat die Tonsillektomie den Vortheil, dass der Patient mit einem Schlag geheilt wird.

Natürlich ist es nicht immer möglich alles zwischen den Gaumenbögen liegendes adenoides Gewebe zu entfernen, der pathologisch sehr wichtige obere Pol lässt sich aber vollständig entfernen.

Was den Infectionsweg der peritonsillaren Abscesse betrifft, ist es wohl die allgemeine Meinung, dass dieselbe durch die Tonsille selbst oder auch durch eine tiefe Fossa supratonsillaris geht; dass die Entzündung nicht die Tonsille selbst ergreift, sondern das ausserhalb derselben liegende lockere Bindegewebe, lässt sich wahrscheinlich dadurch erklären, dass die Bedingungen für eine Ansammlung von Eiter daselbst viel besser sind als in dem straffen Tonsillengewebe, wo ausserdem eine lebhafte Phagocytose besteht.

Ausserdem eine otologische Mittheilung. Jörgen Möller.

67. Sitzung vom 16. März 1910.

Vorsitzender: Kiär.
Schriftführer: Blegvad.

I. P. Tetens Hald: Fall zur Diagnose.

20jähriges Mädchen, seit 6 Tagen Schluckschmerzen; in der rechten Ary-

gegend ein tiefes, scharf abgeschnittenes Geschwür, in der Umgegend einige gelbe Flecken. Keine syphilitischen Manifestationen.

Discussion: Schmiegelow, Kiär u. A. meinen, es handle sich wahrscheinlich um einen Gummiknoten.

(Späterer Zusatz: Wassermann positiv, Geschwür durch antiluetische Behandlung geheilt.)

II. Wilhelm Waller: Fall von tiefliegendem Fremdkörper in der Lunge. Bronchoskopische Extraction.

Ein 12jähriger Knabe inhalirte das Mundstück einer Kindertrompete; Wohlbefinden; bei schnellem Respiriren hört man zwei trompetenähnliche Töne. In Chloroformnarkose wird Bronchoskopie gemacht und der 25 cm vom Zungenbein befindliche Fremdkörper wird mittels einer platten Brünings'schen Zange entfernt.

Nur otologische Mittheilungen.

68. Sitzung vom 11. Mai 1910.

I. Gottlieb Kiär: Dilatation des Oberkiefers.

K. empfiehlt in Fällen, wo auch nachEntfernung der adenoiden Vegetationen die nasale Respiration sich nicht ausbilden lässt, mechanische Dilatation des Oberkiefers vorzunehmen; es lässt sich in dieser Weise die schmale, hohe Form des Gaumens, sowie die Deviation der Nasenscheidewand beseitigen.

II. E. Schmiegelow: Beitrag zur operativen Behandlung der Hypophysenleiden.

S. hat eine Dame wegen Hypophysistumor operirt; die äussere Nase wurde aufgeklappt, Nasenscheidewand, vordere Keilbeinhöhlenwand, Septum sphenoidale und schliesslich vordere Wand der Sella turcica entfernt, wonach der Tumor theilweise entfernt wurde. Nachher Wohlbefinden, Symptome gebessert.

(Späterer Zusatz: 3 Wochen nach der Operation plötzlich Hirnödem, binnen weniger Stunden Exitus; keine Meningitis.)

Discussion: P. Tetens Hald.

IV. E. Schmiegelow: Fälle von Mucocele der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen.

1. 63jährige Frau stiess vor 3 Jahren die Stirne gegen die Ofenthür; 2 Tage später ein kleiner Knoten, der fortwährend gewachsen; gleichzeitig Doppelsehen. Inmitten der Stirne ein hühnereigrosser Tumor, der das linke Auge beträchtlich dislocirt hat; bei der Operation zwei von einander völlig getrennte Cysten, die eine in der Stirnhöhle, die andere in der Orbita und dem vorderen Theil des Siebbeins; die Wand fibrös, der Inhalt dick, gelatinös, dunkelbraun, giebt starke Blutreaction. Interessant ist das traumatische Entstehen, wahrscheinlich durch einen Bluterguss in die Stirnhöhle.

2. 51jährige Frau bemerkte vor einem Jahre einen kleinen cystischen Knoten im linken Augenwinkel, der sehr langsam bis zur Kirschengrösse anwuchs. Bei

der Operation wallnussgrosse Cyste im Siebbein, ohne Verbindung mit der Nasenhöhle; die Wand fibrös, der Inhalt grünlich, gelatinös.

V. E. Schmiegelow: Larynxstenose von narbiger Natur, nach Selbstmordversuch.

Die Stenose wurde mittels Drain à demeure dilatirt; Patient wird als geheilt vorgestellt.

Jörgen Möller.

---

f) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Juni 1910.

G. Fischer stellt einen Patientin vor, bei der in Folge von operativen Eingriffen an der Zungenwurzel eine Verwachsung der Epiglottis mit der Zungentonsille eingetreten ist.

Weski: Die moderne zahnärztliche Diagnostik im Dienste der Rhinologie.

Der Mediciner ist auf die zahnärztliche Diagnostik angewiesen bei Gesichtsneuralgien und Erkrankungen der Kieferhöhle. Bei ersteren ist festzustellen, ob etwa eine entzündete Pulpa die Ursache ist, was — wenn nicht ein sichtbarer Cariesherd vorhanden — der Inductionsstrom aufklären kann, indem er eine erhöhte Empfindlichkeit des Zahnes feststellt, die bei der Entzündungshyperämie noch nicht so ausgesprochen ist, als im Stadium der Transsudation, während im dritten Stadium des eitrigen Zerfalls die Empfindlichkeit heruntergesetzt ist. Das sind wichtige Indicien für die Therapie, da sie eventuell einer Pulpagangrän und den sich daraus entwickelnden Wurzelhauterkrankungen vorbeugen kann.

Neuralgische Zustände können hervorgerufen werden durch die als Dentikel bekannten Neubildungen des Zahninnern, die durch die Röntgenuntersuchung nachgewiesen werden können, durch Erkrankungen der Wurzelhaut, Hypercementosen und retinirte Zähne, die ebenfalls röntgenologisch erkannt werden können.

Die Frage, ob eine Kieferhöhleneiterung durch eine Zahnerkrankung hervorgerufen ist, ist zahnärztlicherseits zu lösen. Eine chronische Entzündung der Wurzelspitze lässt sich röntgenogragraphisch in beiden Formen, der fungösen Knocheneinschmelzung und des Granuloms, erkennen und beide können von einander unterschieden werden. Die stets dabei vorhandenen Malassez'schen Epithelnester können zu Radiculärcysten führen. Alle diese und andere Verhältnisse kann der Zahnarzt feststellen und dem Rhinologen dadurch einen Dienst leisten.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. George M. Lefferts (New York), als einer der ältesten und verdienstvollsten Vertreter der Laryngologie in Amerika allgemein bekannt, der bis zu seinem Anfang dieses Jahres erfolgten Rücktritt in 25jähriger treuer Mitarbeit unserem Blatte unschätzbare Dienste erwiesen, hat sich von der ärztlichen Thätigkeit

zurückgezogen und wird von nun an dauernd auf dem Lande leben. In sein buen retiro sendet ihm die Redaction des Centralblattes herzliche Wünsche für einen langen und schönen Abend seines arbeitsreichen Lebens nach!

Prof. Dr. Carl von Eicken ist an die Universität Giessen als Nachfolger Prof. Leutert's berufen worden. Sein Lehrauftrag umfasst die Otologie und die Laryngo-Rhinologie. Eine stationäre Klinik besteht bisher nicht, es ist vielmehr von der Regierung zur Unterbringung solcher Patienten, die einer klinischen Behandlung bedürfen, in dem katholischen Schwesternhaus eine Anzahl Betten gemiethet. Es besteht jedoch, wie wir hören, bei den maassgebenden Factoren die feste Absicht, demnächst den Bau einer Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in die Wege zu leiten.

Prof. Dr. Denker ist für das Jahr 1910/1911 zum Dekan der medicinischen Facultät in Erlangen gewählt worden.

Prof. Gradenigo ist zum correspondirenden Mitglied der Société Belge de Laryngologie et d'Otologie sowie der Wiener Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Prof. Körner (Rostock) ist zum correspondirenden Mitglied der Dänischen Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Dr. Carlo Biaggi hat sich in Pavia als Privatdocent für Oto-Rhino-Laryngologie habilitirt.

Eine Reminiscenz.

Es ist bekannt, dass den unmittelbaren Anlass zu der Staatsumwälzung in Portugal die Ermordung des bei seinen Fachgenossen sehr geschätzten Lissaboner Psychiaters Prof. Bombarda, des anerkannten Führers der Revolutionspartei, gegeben hat. Es ist vielleicht nicht unangebracht, an dieser Stelle daran zu erinnern, dass der Mann, der das beklagenswerthe Opfer seiner politischen Ueberzeugung geworden ist, einmal inmitten eines Kampfes stand, in dem es sich um die Interessen der Laryngologie handelte. Prof. Bombarda war es, der als Generalsecretär des Lissaboner Internationalen Congresses im Jahre 1905 verhinderte, dass der Laryngologie eine selbstständige Section eingeräumt wurde und der so den Anlass dazu gab, dass die Laryngologen darauf verzichten mussten, sich officiell an dem Congress zu betheiligen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXVI. Berlin, December. 1910. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente.

1) **Gg. Mayer, Waldmann, Fürst** und **G. B. Gruber** (München). **Ueber Genickstarre, besonders die Keimträgerfrage.** *Mit 4 Tabellen. Münch. med. Wochenschrift. No. 30. 1910.*

Nach eingehendem Rückblick auf die Geschichte der Genickstarre, das Auftreten und Wandern der Epidemien sowohl in den einzelnen Ländern, wie auch in localen Bezirken, berichten Autoren über ihre Untersuchungsresultate, die sich bei Untersuchung der gesammten Münchener Garnison (9111 Mann) in genickstarrefreier Zeit ergaben. Sie fanden die Meningokokken bei allen Truppentheilen in einem Durchschnittsprocentsatz von 1,73 pCt. unabhängig von Wohnungsverhältnissen, früheren Erkrankungsherden und Truppentheilen, ja die grösste Zahl Kokkenträger fanden sich (2,4 pCt.) in einem Regiment, in welchem überhaupt keine Genickstarrefälle aufgetreten waren. In der grössten Ueberzahl der Fälle fanden sich die Meningokokken auf intacter Schleimhaut.

Autoren kommen zu folgenden Schlussfolgerungen:

„In genickstarrefreier Zeit fanden sich bei 9111 gesunden Personen 1,73 pCt. Meningokokkenträger bei einmaliger Untersuchung, eine Zahl, welche von dem Procentverhältniss 2,46 bei 1911 mehrmals untersuchten gesunden Personen während des Herrschens von Genickstarre wenig verschieden ist. Nach unseren somit bei 11022 Gesunden gemachten Erhebungen ist der Meningococcus in der Rachenschleimhaut des Menschen ubiquitär und scheint in einem Procentsatz von rund 2 pCt. bei Gesunden vorhanden, gleichgültig, ob Genickstarre herrscht oder nicht. Die Isolirung der Träger hatte auf den Fortgang der Erkrankungen keinen Einfluss: Epidemiologisch beweisende Beziehungen zwischen Trägern nnd Kranken waren nur ganz vereinzelt und dann nicht mit Sicherheit festzustellen, wie dies bei Typhus oder Cholera der Fall ist. Die Anwesenheit zahlreicher Kokkenträger unter den Truppen führte seit Frühling 1910 zu keinen Er-

krankungen mehr, auch nicht bei den neueingestellten Mannschaften. Warum erfolgten dann die Erkrankungen 1909? — Die mühsame culturelle Eruirung der Kokkenträger und der mit ihr verbundene enorme Aufwand von Zeit, Material und Arbeitskräften verliert daher an Werth. Sie kann auf Grund unserer Untersuchungen zur Bekämpfung der Genickstarre einerseits nicht mehr als nothwendig, andererseits als practisch geradezu unmöglich bezeichnet werden. Zur Bekämpfung sind vorläufig allgemeine sanitäre Maassnahmen, Desinfection der Zimmer etc. der Erkrankten, körperliche Schonung der den Kranken umgebenden Personen, gute Ernährung, gute Unterkunft, vielleicht Ortswechsel, und zwar soweit, dass Klimawechsel erfolgt, heranzuziehen. Die Kranken, vielleicht besonders die Leichtkranken, scheinen unter Bedingungen der allgemeinen und individuellen Disposition, über die wir bis jetzt höchstens Hypothesen äussern können, die Hauptrolle bei der Verbreitung der Genickstarre zu bilden, sie sind daher zu isoliren, und zwar in Krankenhäusern. Denn, widerspruchsvoll wie die ganze Krankheit, sind die einzigen, von uns als gesichert ansprechbaren, epidemiologischen Erhebungen jene von uns in No. 9 der Münch. med. Wochenschr. geschilderten Beziehungen der erkrankten Soldaten in verschiedenen Garnisonen zu Genickstarrefällen und -Herden in der Civilbevölkerung. Man wird bei der Genickstarre nach neuen Gesichtspunkten zu ihrer Bekämpfung suchen müssen, denn die Versuche, den Epidemien in der Weise entgegenzutreten, wie es namentlich in Deutschland mit so grossem Erfolge beim Typhus und bei der Cholera gelang, haben, das kann ausgesprochen werden, versagt. Liest man die Schilderungen der Epidemien, wie sie auch in der neueren Zeit in der Literatur niedergelegt sind, so gewinnt man denselben Eindruck wie bei der hiesigen Epidemie: Sie erloschen eigentlich von selbst. Bis auf Weiteres müssen wir bei der Verbreitung und Bekämpfung der Genickstarre wiederum sagen: Ignoramus."

HECHT.

2) **Ewald** (Wien). **Die Krankheiten des Halses.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35 u. 36. 1910.*

Chirurgische Beobachtungen und Erfahrungen aus den Jahren 1902—1908.

HANSZEL.

3) **Koschier** (Wien). **Zur Frage der relativen Gutartigkeit mancher Sarkome und Carcinome.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1910.*

In prognostischer Hinsicht sind ausser dem Alter des erkrankten Individuums, der Localisation und histologischen Beschaffenheit des Tumors nicht in letzter Linie die Resistenz des Organismus und die Virulenz der Neubildung in Betracht zu ziehen.

HANSZEL.

4) **R. Abbe. Radium als ein Specificum bei Riesenzellensarkom. (Radium as a specific in giant cell sarcoma.)** *Medical Review. 1. Januar 1910.*

Verf. berichtet 11 Fälle von ausgedehntem inoperablem Riesenzellensarkom, bei denen die Anwendung von Radium in jedem Falle zur Heilung ohne Recidivbildung führte. Eine Tube mit Radium wurde an einem oder mehreren Tagen 10 Minuten bis 53 Stunden lang — je nach Grösse und Ausdehnung der Geschwulst — in der Geschwulstmasse eingebettet gelassen.

EMIL MAYER.

5) **E. Rösler. Ueber angeborene seitliche Halsfisteln.** *Dissert. Berlin 1908.*

R. beobachtete bei 4 von 7 Geschwistern angeborene laterale Halsfisteln und theilt die diesbezügliche Krankengeschichte mit. Die Eltern waren gesund. Eine Operation wurde verweigert.

OPPIKOFER.

6) **D. Dantzmann. Ueber einige Fälle congenitaler Halscysten. (De quelques cas de kystes congénitaux du cou.)** *Dissert. Nancy 1909.*

Verf. beobachtete 3 Kiemengangscysten und 3 congenitale cystische Lymphangiome. 3 Photographien.

OPPIKOFER.

7) **Fein** (Wien). **Halsschmerz und Halsdrüsenschwellung.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1909.*

Eine nicht seltene Ursache des Schluckschmerzes, speciell beim Leerschlucken, ist die Entzündung der Drüse, welche im Winkel der Einmündung der Facialis antica in die Drosselvene liegt, wobei die Inspection der oberen Luftwege oft keinerlei Veränderung ergiebt.

HANSZEL.

8) **F. Op. De Beeck. Eine eitrige Adenitis unter dem Sternocleidomastoideus mit Streptokokkenvaccine behandelt. (A suppurative adenitis under the sternocleidomastoid muscle treated with stroptococcus vaccine.)** *N. Y. Medical Record. 17. September 1910.*

Verf. injicirte 30000000 und 12 Tage darauf 40000000 Bakterien. Es trat keine Reaction ein. Dieselbe Dosis wurde dann während der nächsten Tage, in denen Schwellung, Erbrechen, Fieber bis 40,2° C., Dysphagie bestand, mehrere Male injicirt; jedesmal nach der Injection gingen die Erscheinungen zurück und schliesslich verschwanden sie ganz. Verf. ist davon überzeugt, dass nur die Vaccinetherapie seinen Patienten geheilt hat.

EMIL MAYER.

9) **Charles Lester Leonard. Die Behandlung von tuberculöser Cervicaladenitis mittels Röntgenstrahlen. (The treatment of tuberculous cervical adenitis by Roentgen rays.)** *Journal American Medical Association. 4. Mai 1910.*

Für die Anwendung der Röntgenstrahlen spricht auch der Umstand, dass die Heilung ohne Narbe vor sich geht, das kosmetische Resultat also — was bei Affectionen des Halses und Gesichts ins Gewicht fällt — ein gutes ist.

EMIL MAYER.

10) **Terrien. Ueber die klinischen Formen des Drüsenfiebers.** *Journal de Médecine Interne. No. 21. 1910.*

Ein seltenes Glück hat der Ausdruck „Drüsenfieber“. Trotzdem er heute kaum mehr noch als Bezeichnung einer eigenen Krankheit festgehalten werden kann, wenigstens von rhinologischer Seite aus, widmen die Pädiater der Besprechung des Drüsenfiebers als eigener Kinderkrankheit doch noch besondere Abhandlungen. Die hier von Terrien vorliegende gipfelt allerdings in dem Schlusssatze, dass das Drüsenfieber in erster Linie zu einer genauen Untersuchung des Rhinopharynx veranlassen muss, wo man stets adenoide Wucherung antreffen wird, und würde hierin für uns nichts Neues liegen. Interessant aber ist die Ein-

theilung in vier Formen, die uns thatsächlich der klinischen Beobachtung zu entsprechen scheinen. Es giebt da zunächst eine einfache Form, die von Pfeiffer aufgestellte einfache Entzündung der Halsdrüsen. Weniger bekannt ist schon die Form, die den echten Torticollis muscularis nachahmt. Das hohe Fieber, das Ergriffensein des Gesammtorganismus leiten auf die richtige Fährte. Hingegen hat man öfter Gelegenheit, die Form zu beobachten, die die Parotitis infectiosa nachahmt. Es ist nicht nöthig, auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose besonders aufmerksam zu machen. Eine genaue Palpation gestattet eine solche in allen Fällen. Unstreitig die wichtigste Form ist diejenige, welche eine Halsphlegmone vortäuscht. Hier ist die Differentialdiagnose ebenfalls wichtig, weil diese Form des Drüsenfiebers niemals zur Eiterung führt und daher in diesen Fällen die chirurgische Intervention unnöthig ist. Leider ist diese letztere Form, trotz ihrer relativen Häufigkeit, noch immer nicht genug bekannt.

LAUTMANN.

11) **G. H. Cocks. Status thymo-lymphaticus und seine Beziehung zu plötzlichem Tod. (Status thymo-lymphaticus and its relation to sudden death.)** *Laryngoscope. Juli 1910.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Diagnose des Status lymphaticus als Ursache plötzlichen Todes wird zu häufig gestellt. Die Statistik Hammer's zeigt, dass die Thymusdrüse in der Norm weit grösser ist, als man gewöhnlich annimmt. Eine mechanische Tracheostenose existirt zweifellos als Todesursache in seltenen Fällen. Die gewöhnliche Todesursache beim Status lymphaticus ist aber eine „Hyperthymisation" des Organismus, die ihn gegenüber schädlichen äusseren Einflüssen, wie Shock, Anaestheticis und Infectionen besonders empfindlich macht. Die Diagnose auf Status lymphaticus kann zweifellos intra vitam gestellt werden, und zwar mittels Röntgenstrahlen. Besteht ein Status lymphaticus, so ist Chloroform das gefährlichste Anaestheticum.

EMIL MAYER.

12) **Martin Lubinski** (Berlin). **Zur Inhalationstherapie.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 2. 1909.*

Beschreibung eines Inhalationsapparates mit besonders construirtem in die Nasenlöcher einzuführendem Ansatzstück. Erhältlich im Medicinischen Warenhause in Berlin.

ZARNIKO.

13) **H. Pässler** (Dresden). **Ueber den Ersatz der sogenannten indifferenten Thermalbäder durch Inhalation ihrer Radiumemanation bei rheumatischen Krankheiten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1910.*

Nagelschmidt und Kohlrausch haben nachgewiesen, dass die Radiumemanation im Bade die Haut nicht zu durchdringen vermag; da aber nach solchen Bädern Emanation ausgeschieden wird, kann die Emanation im Bade nur durch die Athmungsorgane in den Organismus eingedrungen sein. Pässler versuchte daher auf dem Wege der Inhalation allein die Wirkung des radioactiven Wassers zunächst mit den Keil'schen Inhalationstabletten, die aber keine befriedigenden Resultate ergaben. Er versuchte hierauf in Teplitz i. B. die ausschliessliche Inhalationsbehandlung mit der der Teplitzer Heilquelle unmittelbar entnommenen

Radiumemanation. Es wurde eine „Emanationskammer“ mit ca. 5,75 cbm Rauminhalt eingebaut, deren Wände mit dem ca. 48° C. warmem Wasser dauernd berieselt wurden. Nach Untersuchungen von Tuma ergab eine Messung, dass bei der gewählten Anordnung während anhaltender Berieselung und bei geschlossener Thür ein Emanationsgehalt von 5,1 Macheeinheiten in 1 Liter Luft der Kammer vorhanden war. Unter genauer Controle zur Vermeidung aller Trugschlüsse und Auswahl entsprechender Fälle von schwerer chronischer Polyarthritis und Ischias, die jeglicher anderweitiger Behandlung bisher getrotzt hatten, wurden die Versuche eingeleitet. Der Erfolg, den Autor durch 10 Krankengeschichten belegt, war vorzüglich und scheint dieser neuen Inhalationstherapie, deren Wirkung vielleicht durch eine durch entsprechende technische Maassnahmen leicht zu erzielende Anreicherung der den Quellen unmittelbar entströmenden Radiumemanation verstärkt werden kann, eine ausgedehntere Anwendung künftig zu verbürgen. Autor verbreitet sich eingehend über die physiologischen Wirkungen des Kammeraufenthaltes und dessen Wirkungen auf den Krankheitsverlauf, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss. HECHT.

14) **Dreuw** (Berlin). **Lichtträger mit chirurgischem Ansatz.** *Med. Klinik. 41. 1910.*

Das Instrument ist so construirt, dass Handgriff, Lichtquelle und Messer (Schlinge) ein einheitliches Ganzes bilden. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Henry J. Hartz. Bemerkungen über die Physiologie und Entwickelung der Nase und Nebenhöhlen und Reflexneurosen. (Remarks on the physiology and development of the nose and accessory sinuses and nasal reflexes.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

In Bezug auf die Reflexe sagt Verf.:

1. Ein peripherer Reiz der sensiblen Nasennerven bringt meistens eine Gefässdilatation der Nasengefässe, selten eine Contraction zu Stande.

2. Peripherer Reiz der sensiblen Nasennerven hat eine Dilatation der Blutgefässe des Kopfes im Gefolge, während, umgekehrt, an anderen Körperstellen Contraction erfolgt.

3. Ein den sensorischen Nerven entfernter Regionen zugefügter Reiz kann entweder Dilatation oder Contraction der nasalen Blutgefässe im Gefolge haben.

EMIL MAYER.

16) **H. M. Flower. Einige nasale Reflexe. (Some nasal reflexes.)** *Cleveland Medical and Surgical Reporter. Juli 1909.*

Uebersichtsartikel. EMIL MAYER.

17) **Charles Graef. Kopfschmerzen nasalen und oculären Ursprungs. (Headaches of ocular and nasal origin.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Man muss die engen Gefässbeziehungen zwischen den oberen Theilen des Naseninnern mit den Meningen in Betracht ziehen. Congestion der oberen Theile

der Nase verlegt nicht nur die Luftwege und bringt so einen schmerzhaften Druck zu Wege, sondern beeinträchtigt auch die Circulation zu den Meningen. Verf. weist dann auch auf die durch Erkrankungen des Siebbeins und der Keilbeinhöhle bedingten Augenerkrankungen hin. LEFFERTS.

18) **J. A. Stuckey. Einige Reflexneurosen, ausgehend von Abnormitäten in der Nase. (Some reflex neuroses arising from nasal abnormalities.)** *N. Y. Medical Record. 13. November 1909.*

Zu den von Ziegler aufgestellten 6 Punkten, deren man bei Untersuchung auf nasale Reflexneurosen eingedenk sein muss, fügt Verf. einen siebenten:

Steindiathesen, fehlerhafter Intestinalstoffwechsel jeder Art müssen ausgeglichen und bei jeder Reflexneurose, welches auch die auslösende Ursache sei, sorgfältig beachtet werden. LEFFERTS.

19) **A. de Kleyn** (Utrecht). **Die Beziehungen zwischen Gesichtsnerv und Nasenleiden. (Het verband tuschen gezichtszennerv en neuslijden.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 13. 1910.*

Entzündungen der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen sind häufige Ursachen von Sehnervenaffectionen. Das am häufigsten dabei beobachtete Leiden dieses Nerven ist die Neuritis retrobulbaris. Van der Hoeve hat nachgewiesen, dass das von Birch-Hirschfeld beschriebene centrale Skotom für Farben nicht das erste Zeichen dieser Krankheit darstellt, sondern dass demselben eine Vergrösserung des blinden Fleckes, zuerst für Farben, dann auch für Weiss, vorangeht. In einem späteren Stadium verschmelzen diese beiden Skotome. Verf. hat 22 Patienten mit ein- oder beiderseitiger Entzündung der hinteren Nebenhöhlen ophthalmoskopisch untersucht und fand 10mal eine Vergrösserung für Farben des blinden Fleckes. In 13 operirten Fällen wurde nach der Operation der blinde Fleck normal, desgleichen in 7 nur mit Ausspülungen behandelten Fällen, während in 2 weiteren Fällen die Abweichungen am blinden Flecken sich zwar erheblich besserten, aber nicht gänzlich verschwunden waren. In 3 Fällen wurde während der Tamponade nach der Operation eine entschiedene Verschlimmerung des Opticusleidens vorübergehend beobachtet, während in 6 Fällen bereits einige Stunden oder einen Tag nach der Entfernung des Tampons eine auffallende Besserung constatirt wurde, welche Verf. hauptsächlich der Blutentziehung zuschreibt.

Als Ursache der Opticusaffection betrachtet Verf. circulatorische und toxische Einflüsse.

Bei Abwesenheit anderer ursächlicher Momente und in Anbetracht des möglichen Latentseins einer Nebenhöhlenaffection räth Verf. zur Operation der hinteren Nebenhöhlen, auch in solchen Fällen von retrobulbärer Neuritis, wo in der Nase deutliche Abweichungen nicht gefunden werden.

Ausser Neuritis retrobulbaris können im Gefolge von Nebenhöhlenentzündung auch auftreten: Neuritis optica, Thrombosis venae centralis retinae, Stauungspapille und Ablatio retinae.

Die Meinung von Lapersonne und Anderen, dass eine doppelseitige Papillitis fast immer constitutionellen Ursprungs wäre, ist hinfällig, sowohl wegen der be-

sonders von Onodi erläuterten anatomischen Verhältnisse, wie wegen des gar nicht selten doppelseitigen Vorkommens von Nebenhöhlenaffectionen.

H. BURGER.

20) **Piffl** (Prag). **Ueber nasale Reflexneurosen.** *Med. Klinik. 35. 1910.*

Im Rahmen einer kurzen Uebersicht theilt P. seine eigene Erfahrungen auf dem Gebiete der nasalen Reflexneurosen mit. Unter den seltenen Fällen ist eine Beobachtung besonders hervorzuheben, bei welcher es sich um unbezwingliche Schlafsucht infolge Verlegung beider Nasenhöhlen durch hochgradige Schwellung der Nasenschleimhaut handelte.

SEIFERT.

21) **Mayer** (Posen). **Ueber sacrale Anästhesie in Verbindung mit Cocainisirung der Nase zur Linderung der Geburtsschmerzen.** *Med. Klinik. 12. 1910.*

Die sacrale Anästhesie (Stoeckel), epidurale Injection (Chatelin) wurde combinirt mit Cocainisirung der Nase (Tuberculum septi und vorderes Ende der unteren Muschel). Diese Methode beeinflusste in günstiger Weise die Geburtsschmerzen. Die Wirkung trat aber nicht mit Sicherheit in allen Fällen auf und ausserdem wurde auch in einer Anzahl von Fällen die Geburtsdauer verlängert.

SEIFERT.

22) **Max Senator** (Berlin). **Gelenkrheumatismus nach operativem Trauma der Nasenschleimhaut.** *Med. Klinik. 8. 1910.*

In einem Falle, in welchem eine Operation an den unteren Muscheln vorgenommen wurde, bildete höchstwahrscheinlich das durch die Operation gesetzte Trauma die Eingangspforte für die Infectionserreger eines sich anschliessenden Gelenkrheumatismus.

SEIFERT.

23) **J. E. M'Dougall. Fall von idiopathischer Cerebrospinalrhinorrhoe. (Case of idiopathic cerebro-spinal rhinorrhoea.)** *Liverpool Medico-chirurgical Journal. Juli 1910.*

31jähriger Mann, der an einer seit 14 Jahren datirenden rechtsseitigen spastischen Hemiplegie leidet, die mit rechtsseitigen Convulsionen begann; dies wurden gebessert durch eine über dem linken Sulcus Rolandi ausgeführte Trepanation; Patient ist geistig defect. Er hat während der Zeit auch das Gesicht und den Geruch eingebüsst. Vor 9 Jahren begann spontan aus der linken Nase Flüssigkeit zu fliessen; dieser Ausfluss hat, abgesehen von zwei je fast 2 Jahre dauernden Intermissionen, bis jetzt angehalten; die Flüssigkeitsmenge beträgt ungefähr 15 g pro Stunde. Die Nase scheint normal. Die Flüssigkeit ist alkalisch und hat ein specifisches Gewicht von 1005. Sie enthält etwas Albumen und einmal fand sich, dass sie Fehling'sche Lösung reducirte, ein anderes Mal aber nicht.

Verf. meint, dass die Rhinorrhoe bedingt ist durch gesteigerten intracraniellen Druck, vielleicht infolge chronischen Hydrocephalus internus, und dass die Flüssigkeit längs der Scheide des Olfactorius herabfliesst.

A. J. WRIGHT.

24) **L. Daubigney. Theorien über das Wesen der Ozaena. (Les théories pathogéniques de l'ozène.)** *Dissert. Montpellier 1909.*

Nach Aufzählen der bekannten zahlreichen Theorien bekennt sich D. als Anhänger derjenigen Autoren, welche die Ozaena als Trophoneurose auffassen.

Jouty, der Lehrer von D., sah in 2 Fällen mit Eintreten der Menstruation und in einem Falle mit Eintritt der Verheirathung eine Ozaena ausheilen (?). Gestützt auf diese nur kleine Beobachtungszahl, ziehen Jouty und Daubigney den gewagten Schluss, dass die Ozaena als trophoneurotische Veränderung sich nicht selten an Störungen des Genitalapparates anschliesse. Verschiedenen Ozaenapatienten wurde ein Extract aus der Drüsensubstanz von Hoden oder Ovarien gegeben. Das Mittel war ohne Erfolg.

OPPIKOFER.

25) **Jouty. Kritik dèr Theorien über das Wesen der Ozaena. (Critique des théories pathogéniques de l'ozène.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXIX. No. 3.*

Zusammenstellung und übliche Widerlegung einiger der bekannten Theorien über die Natur der Ozaena. Persönlich hat der Autor constatirt, dass in 2 Fällen die Symptome der Ozaena wichen, einmal, als das 14jährige Mädchen die Regel bekam und einmal, als eine seiner Patientinnen sich verheirathete. Trotz dieser Erfahrungen fragt sich der Autor, ob die Ozaena nicht eine Verwandtschaft mit dem Eczem habe. Es sei bemerkt, dass schon Schoenemann eine Relation zwischen Ozaena und Eczem bemerkt zu haben glaubte. Sollte auch die Beziehung sich bestätigen, so ist damit für die Erklärung der Ozaena noch nichts gewonnen, da die Natur des Eczems den Dermatologen ein Räthsel ist.

LAUTMANN.

26) **Wilhelm Sobernheim** (Berlin). **Ozaena und Syphilis. Neue Beobachtung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 22. Heft 3. S. 430.*

Verf. theilt mehrfache Beobachtungen von Fällen mit, bei denen es sich um eine frische Infection mit Lues bei Vorhandensein alter Ozaena handelt. Diese Fälle geben ihm einen erneuten Beweis für die schon früher aufgestellte Behauptung, dass es Fälle von Ozaena giebt, die ätiologisch mit Syphilis nichts zu thun haben.

F. KLEMPERER.

27) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Ueber die Frühformen der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 492.*

Verf. glaubt aus einigen beobachteten Fällen, die er veröffentlicht, schliessen zu dürfen, dass die Ozaena angeboren vorkommen kann; solchen Säuglingen, die Eczem des Naseneinganges zeigen, ist eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Nach diesen Erscheinungen von Borkenbildung nach der Geburt ist bis circa zum 4. Jahre das Kind symptomenfrei. Es scheint erst dann die Ozaena Symptome zu erzeugen, wenn die Entwickelung der Knochen und der Nebenhöhlen vor sich geht und wenn das Lumen der Nase so gross ist, dass das Secret eintrocknen kann. Während der Verf. die Vererbungstheorie anerkennt, hat er für die Lues- und Ansteckungstheorie keinen Anhaltspunkt gefunden.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

28) **Stepinski. Die Behandlung der Ozaena und der Otorrhoe mit dem Milchsäureferment. (Le ferment lactique dans le traitement des rhinites ozéneuses et des otorrhées.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXXI. No. 1. 1910.*

Jetzt erst, nachdem die Internisten von ihrem ersten Enthusiasmus über die Heilerfolge mit dem Milchsäurebacillus zurückgekommen sind, beginnen die Laryn-

gologen ebenfalls über Heilerfolge bei bisher renitenten Krankheiten zu berichten. Stepinski hat 27 Patienten, die an „einfacher atrophischer ozänöser Rhinitis" erkrankt waren, folgendermaassen behandelt: Reinigung der Nasenschleimhaut, leichte, aber wiederholte galvanische Caustik der Muscheln; Einstäubung der ganzen Nasenschleimhaut mit getrocknetem Milchsäureferment. Zwei bis drei Sitzungen in der Woche, dazwischen schnupft der Patient zweimal täglich Milchsäureferment. In allen Fällen ist vom 17.—68. Tage die Eiterung der Nase verschwunden, der Geruch war schon am 5. bis 6. Tage nicht mehr vorhanden. 22 der so behandelten Patienten sind seit über ein Jahr geheilt geblieben, bei den anderen wich ein schwaches Recidiv nach kurzer Behandlung. Ebenso wunderbare Resultate hat St. bei 14 Fällen von Otorrhoe erzielt, doch das nur nebenbei.

LAUTMANN.

29) **Epaud. Ueber die Hämatome und Abscesse der Nasenscheidewand.** *Diss. Bordeaux 1909.*

E. theilt seine Erfahrungen mit, gestützt auf 19 Fälle von Septumabscess aus der Klinik von Moure. 18mal entstand der Abscess im Anschluss an ein Trauma und 1mal war die Aetiologie unbestimmt. Therapie: Einstich mit dem Galvanokauter.

OPPIKOFER.

30) **C. Caldera. Ein neuer klinischer Fall von Papillom der Nasenscheidewand. (Sopra un nuovo caso clinico di papilloma del setto nasale.)** *Arch. Ital. d. Otologia. XXI. Fasc. 2.*

Der Fall betrifft einen 30jährigen Mann. Der Tumor, der mit der kalten Schlinge entfernt wurde, erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein typisches Papillom.

CALAMIDA.

31) **Mc Kenzie. Nasenperforationen durch Salz hervorgerufen. (Nasal perforations due to salt.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1910.*

Von acht Personen, die als Packer von Tafelsalz thätig waren, zeigten vier Perforationen der Nasenscheidewand. Sie waren sonst gesund, zeigten insbesondere keine Zeichen von Syphilis.

EMIL MAYER.

32) **J. G. Wilson. Hereditäre anatomische Besonderheiten als ein ätiologischer Factor bei Verbiegung der Nasenscheidewand und Nebenhöhlenerkrankungen. (Anatomical hereditary pecularities as an aetiological factor in deflected nasal septa and accessory sinus disease.)** *N. Y. Medical Record. 29. Januar 1910.*

Aus den anatomischen Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

Die Nebenhöhlen dienen jetzt keinem nützlichen Zweck mehr, sondern gehören zu den verschwindenden Organen; dadurch erklärt sich ihre Empfänglichkeit für Infectionen. Das Vorhandensein von Nasenscheidewanddeviationen ist wahrscheinlich bei allen Rassen gleich allgemein und wird pathologisch bei denjenigen Rassen, die von Geburt enge Nasen haben. Die Ursache angeboren enger Luftwege und deviirter Septa ist in erster Linie eine entwickelungsgeschichtliche und findet ihre Erklärung in der Thatsache, dass die Schädelkapsel sich auf Kosten der Knochen des Gesichts und des Riechapparates entwickelt hat. EMIL MAYER.

33) **James P. Lewis. Missbildungen der Nasenscheidewand. (Malformations of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 21. August 1909.*

Verf. bespricht eine grosse Reihe von subjectiven und objectiven Symptomen der Septumverbiegungen; unter den letzteren erwähnt er: Aeussere Deformität der Nase; Epistaxis; Anwesenheit von Eiter in der Rima olfactoria zwischen dem deviirten Septum und der mittleren Muschel (? Red.); einfache trockene Rhinitis auf der verlegten Seite. Den Schluss bildet eine Aufzählung der secundären entzündlichen und katarrhalischen Erscheinungen in den oberen Luftwegen.

LEFFERTS.

34) **H. Bell Tawse. Submucöse Resection der Nasenscheidewand nebst Bericht über 120 Fälle. (Submucous resection of the nasal septum with a review 120 cases.)** *Lancet. 9. Juli 1910.*

Verf. bringt zwar nichts Neues; er berichtet aber über eine grosse Anzahl von Fällen und theilt dem Leser die Ergebnisse einer reichen Erfahrung mit.

WATSON WILLIAMS.

35) **Johann Fein** (Wien). **Die einfache Fensterresection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 3. S. 415.*

Verf. beklagt die wahllose Anwendung der submucösen Septumresection bei allen Fällen von Nasenscheidewandverkrümmungen und versucht der einfachen Resection einen Platz neben der submucösen Resection zu sichern.

Als Indicationen für die Wahl der einfachen Resection stellt Verf. folgende auf: Die einfache Fensterresection ist der submucösen vorzuziehen:

In allen Fällen, in welchen mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Ablösung der Schleimhaut ein unbeabsichtigtes Zustandekommen von Perforationen zu erwarten oder bereits eingetreten ist.

In allen Fällen, in welchen entweder von vornherein anzunehmen ist oder es sich während der submucösen Resection herausstellt, dass infolge weit nach hinten reichender Abweichung des Septums ein gutes Resultat ohne ausgiebige Abtragung der vorspringenden Theile nicht zu erwarten ist.

In allen Fällen, in denen mit Rücksicht auf den Kranken eine bedeutende Abkürzung der Operation erwünscht ist.

In allen Fällen, in welchen der Operateur aus irgend welchen Gründen (Mangel an Uebung, mangelhafte Assistenz, mangelhaftes Instrumentarium u. dgl.) fürchten muss, die submucöse Resection nicht vollkommen kunstgerecht und mit vorzüglichem Resultate ausführen zu können.

Verf. hat von der absichtlich gross hergestellten Perforation nach keinerlei Richtung hin Nachtheile gesehen.

WILHELM SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

36) **Harold Hays. Zwei Fälle von Septikämie nach submucöser Septumresection; ein Todesfall und eine Heilung. (Two cases of septicemia following submucous resection of the nasal septum; one death, one recovery.)** *American Journal of Surgery. November 1909.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine Septikämie (wahrscheinlich Streptokokkämie) in Verbindung mit Thrombose des Sinus cavernosus und möglicher-

weise Meningitis. Es fanden sich keine Petechien auf der Haut, auch waren keine Blutculturen gemacht, doch — sagt der Verf. — die Symptome sprachen so für eine Allgemeininfection, dass keiner, der den Fall sah, daran zweifeln konnte, dass Sepsis vorlag.

Im zweiten Falle waren die Symptome im Wesentlichen die gleichen, jedoch bestand auch Exophthalmus. Eine sorgfältige in Chloroformnarkose vorgenommene Untersuchung der Nase ergab das Vorhandensein eines Abscesses zwischen den beiden Schleimhautblättern des Septums. Incision; Drainage. Sofort darauf Temperaturabfall; Heilung. Die Frage, wie durch den Abscess eine Sinusthrombose verursacht werden konnte, beantwortet Verf. dahin, dass es zwischen den Arterien und Venen des Septums und den mit dem Sinus cavernosus communicirenden Arterien Verbindungsäste giebt.

EMIL MAYER.

37) **Otto J. Freer. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submuceus resection of the nasal septum.)** *Journal American Medical Association. 4. December 1909.*

Verf. beschreibt an der Hand von Abbildungen ein neues von ihm angegebenes Raspatorium zur Ablösung des Periosts vom knöchernen Septum. Der Vortheil dieses Raspatoriums gegenüber dem gewöhnlichen scharfen und stumpfen Elevatorium besteht darin, dass der scheidende Rand des Instrumentes in ständigem Contact mit der Knochenoberfläche ist, so dass ein Durchstossen oder plötzliches Durchschneiden der Schleimhaut mit dem Instrument vermieden wird, während im Gegensatz dazu der Elevator die Neigung hat, die Knochenoberfläche an irgend einem Punkt, besonders an excavirten Stellen, zu verlassen nnd so leicht die Schleimhaut durchschneiden kann.

EMIL MAYER.

38) **Lannois** und **Durand. Septumverbiegung; submucöse Resection nach vorhergegangener Rhinotomia sublabialis. (Déviation de la cleison, résection sousmuqueuse après rhinotomie souslabiale.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 40. 1910.*

Obzwar die Arbeit schon im Bericht über die letzte Sitzung der französischen Gesellschaft für Oto-Rhinologie erwähnt wurde, besprechen wir sie wieder, weil die Autoren in der vorliegenden Arbeit die Bibliographie des Näheren berücksichtigen. In Deutschland ist die Operation, d. h. die submucöse Resection des Septums nach vorhergegangener Operation nach Rouge, von Löwe und Kretschmann beschrieben worden. In Frankreich hingegen ist das Septum zum Theil oder in toto nach dieser Methode schon vorher excidirt worden. Namentlich hat Gaudier schon 1905 in einer Arbeit 23 Fälle, die derart operirt worden sind, beschrieben. Die Operation ist selbstverständlich eine Complication der einfacheren Methoden nach Killian, doch hat sie ihre Indicationen. Wenn, wie im Falle von Durand und Lannois, die Nasengänge absolut verengt sind oder, wie im Falle von Laurens, verlegt sind durch Synechien, dann ist die Operation nur nach vorhergegangener Rhinotomia sublabialis bequem ausführbar. Unsere Autoren sagen, dass hierzu allgemeine Narkose nöthig ist: es ist aber nicht unwahrscheinlich, dass die ganze Operation sich auch in Cocain-Anästhesie ausführen lässt.

LAUTMANN.

39) **Emil Glas** (Wien). **Zur Indication der Operation der verbogenen Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 5. 1910.*

Die Arbeit beschäftigt sich ausschliesslich mit der submucösen Methode: Nach Besprechung einiger Indicationspunkte empfiehlt Autor diese Methode als äusserst erfolgreich bei nasalem Asthma, bei bestimmten Fällen sogenannter einseitiger Ozaena und bei Stirn- und Siebbein-, bezw. Keilbeinhöhlenentzündungen, um die Abflussbedingungen günstiger zu gestalten. Anschliessend bespricht G. die Operationstechnik, erwähnt das Instrumentarium, das sich ihm als zweckmässig erwiesen und giebt eine Reihe technischer Winke, bezüglich deren auf das Original verwiesen sei. Irgendwelche besonderen Complicationen konnte Autor bei den von ihm im Laufe von 6 Jahren ausgeführten 870 submucösen Deviationsoperationen nicht beobachten.

HECHT.

40) **Halle** (Berlin). **Orale oder nasale Methode der Operationen an der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. u. Laryngo-Rhinol. Heft 7. 1910.*

Auf Grund eingehender Nachprüfung an der Leiche und auch am Lebenden kommt auch Halle zu dem Schlusse, dass die Löwe'sche orale Methode nur für Ausnahmefälle in Betracht käme. Solche Ausnahmefälle sind die seltene Indication einer Nasenscheidewandoperation bei Kindern unter 4 Jahren, eventuelle grosse, plastische Operationen oder Entfernung maligner Tumoren aus der Nase, bei denen die orale Methode ein übersichtlicheres Operationsfeld bietet. Die von Löwe ferner angegebene Indication einer ausreichenden Technik für intranasale Operation biete eher eine Contraindication. Nur für diese wenigen Fälle darf man der Löwe'schen Methode eine Berechtigung zuerkennen, trotz ihrer Nachtheile gegenüber den anderen Operationsmethoden, d. i. Narkose, wesentlich verlängerte Operationsdauer, grosse Wunden, bei der Operation erheblich stärkere Blutungen, postoperative Gesichtsschwellungen und längeres Krankenlager. Für alle anderen Fälle bleiben wir bei den intranasalen Methoden, die in der Killian'schen submucösen Septumresection eine nach jeder Richtung hin vorzügliche Methode bietet.

HECHT.

41) **Samuel G. Higgins. Ein selbsthaltendes submucöses Speculum. (Self-retaining submucous speculum.)** *The Laryngoscope. September 1909.*

Die Blätter des Speculum können von dem Handgriff abgetrennt werden und sind zum Auswechseln eingerichtet.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

42) **Henssen** (Lungenheilstätte Sonnenberg, Kreis Saarbrücken). **Ein Fall von taschenartiger Erweiterung der Ohrspeicheldrüse.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1910.*

Der 43jährige Patient zeigt eine Erweiterung des Ductus Stenonianus im Anfangstheil; „beim Aufblasen der Backen wird die Luft mit einem ziemlich lauten, fauchenden Geräusch in die Ohrspeicheldrüse hineingetrieben“ und bleibt dort retinirt, als wallnussgrosse Geschwulst vor beiden Ohren sichtbar. Massage beseitigt die Geschwulst, wobei sich reichlicher, schaumiger Speichel durch den

Ausführungsgang der Drüse entleert. Patient ist Glasbläser und behauptet, in seinem Berufe derartig beeinträchtigt zu sein, dass er als erwerbsunfähig Rente beansprucht.

HECHT.

43) **T. Hunter Peak. Doppelte eitrige Parotitis nach Salpingo-Oophorectomie. (Double supparative Parotitis following salpingo-oopherectomy.)** *Kentucky Medical Journal. 15. August 1909.*

Die eitrige Parotitis trat zwei Tage nach der Operation auf. Die Eiterherde wurden incidirt. Heilung in 6 Wochen.

EMIL MAYER.

44) **S. L. Ziegler. Symmetrische Lymphome der Thränen- und Speicheldrüsen; Mikulicz'sche Krankheit. (Symmetric lymphomata of the lacrymal and salivary glands; Mikulicz's disease.)** *N. Y. Medical Journal. 4. December 1909*

Verf. berichtet über zwei Fälle bei Farbigen. In dem ersten Fall wurden die Tonsillen gründlich entfernt: sofort danach wurde die Athmung frei und es begann prompt Rückbildung der Submaxillardrüsen, danach der Parotiden und schliesslich der Thränendrüsen. Auch in dem zweiten Fall hatte die Tonsillectomie ein allmähliges Zurückgehen der Symptome im Gefolge.

Z. hält die Drüsenschwellungen für echte Lymphome oder Lymphtumoren, die von Adenomen oder Tumoren der Drüsensubstanz zu unterscheiden sind. Verf. ist geneigt, den Athembehinderungen eine Bedeutung als ätiologischem Factor einzuräumen und demgemäss müssen auch solche Hindernisse gründlich beseitigt werden.

EMIL MAYER.

45) **Galebski. Ueber einige Formen der ulcerösen Angina. (O nekotorich formach jaswennich angin.)** *Westnik usch. gorl.-nos. bol. p. 83. 1909.*

Galebski beobachtete eine kleine Epidemie von Angina Vincenti. Zugleich theilt er einige herpetische Erkrankungsfälle mit.

P. HELLAT.

46) **H. Arrowsmith. Vincent'sche Angina. (Vincent's Angina.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Verf. giebt ein Resumé über die Krankheit in historischer, ätiologischer, symptomatologischer und pathologischer Hinsicht und theilt 3 Fälle mit. Der eine davon war sehr schwer und endete schliesslich mit einem Substanzverlust. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Krankheit in der Regel ziemlich ernst ist, dass wir gegenwärtig keine Mittel haben, um sie zu bekämpfen.

EMIL MAYER.

47) **Frederick Fraley. Vincent'sche Angina während einer Diphtherie-Quarantäne. (Vincent's Angina during quarantine for diphtheria.)** *Journal American Medical Association. 7. Mai 1910.*

Die bemerkenswerthen Punkte in der kleinen Epidemie waren: der sehr milde Verlauf, das frische Vorkommen von Diphtherie in dem Institut, die wahrscheinliche Ausbreitung der Infection durch eine Zwischenperson und die Thatsache, dass die charakteristischen Organismen im Munde einiger Kinder gefunden wurden, bei denen das Zahnfleisch schwammig und leicht blutend war, ohne dass es zur Bildung von Exsudaten oder Geschwüren kam.

EMIL MAYER.

48) **S. Verson. Vincent'sche Angina und Syphilis. (Angina di Vincent-Plaut e sifilide.)** *Arch. Ital. di Otologia. XXI. Fasc. 3.*

Nach Mittheilung eines Falles tritt Verf. in Erörterungen ein über den pathogenetischen Werth der Vincent-Plaut'schen Symbiose. Ohne ihr jede Bedeutung abzusprechen, ist Verf. doch der Ansicht derjenigen, die ihre pathogenetische Specifität leugnen. Er glaubt nicht, dass der Nachweis von fusiformen Bacillen und Spirochäten in den Exsudaten einer Stomatitis oder Angina irgendwelche pathogenetische Bedeutung habe. Zur Diagnose einer Vincent-Plaut-schen Angina sei es nöthig, eine immense Zahl von fusiformen Bacillen und Spirochäten zu finden, so dass die Ausstriche der Exsudate fast Reinculturen gleichen; dazu muss die charakteristische Anamnese und Symptomatologie kommen.

CALAMIDA.

49) **C. L. Kedell. Peritonsillarabscess (Quinsey).** *Australasian Medical Journal. 20. Mai 1910.*

Der Peritonsillarabscess beginnt niemals in der Tonsille und greift niemals auf die Tonsille über. Zum Beweis dafür, dass die Peritonsillitiden mit den Tonsillen nichts zu thun haben, führt Verf. an, dass Personen, denen zur Prophylaxe die Mandeln entfernt wurden, trotzdem Abscesse bekamen, wie vorher. (Die Entfernung war wahrscheinlich nur eine unvollkommene; traten Abscesse auch auf, nachdem die Tonsillen enucleirt waren? Ref.) Verf. meint, dass die „rheumatische Diathese“ den Hauptfactor der Erkrankung darstelle und findet Salicylate bei der Behandlung sehr wirksam. Seit 10 Jahren behandelt Verf. jeden Fall von Peritonsillitis mit subcutanen Pilocarpininjectionen. In beginnenden Fällen kommt es nicht zur Bildung von Eiter und die Spannung und schmerzhafte Schwellung liess in jedem Fall erheblich nach.

A. J. BRADY.

50) **T. K. Hamilton. Peritonsillarabscess (Quinsey).** *The Australasian Medical Journal (Melbourne). 20. Juni und 20. August 1910.*

Der Artikel des Verf.'s beschäftigt sich mit dem Aufsatz Kedell's in der Mai-Nummer der Zeitung (cfr. voriges Referat). Verf. widerspricht der Ansicht Kedell's, dass der Peritonsillarabscess von einer Erkrankung der Tonsille durchaus zu trennen sei und sucht an der Hand sorgfältiger anatomischer Studien und reicher klinischer Erfahrungen seine gegentheilige Meinung zu beweisen. Er zeigt, wie nach Tonsillotomien erkrankte Theile zurückbleiben können; dagegen hat er in den letzten 6 Jahren eine grosse Anzahl von Tonsillectomien gemacht, ohne je ein Recidiv von Tonsillitis oder Tonsillarabscess gesehen zu haben.

Im zweiten Theil seiner Arbeit behandelt Verf. die Beziehungen der Mandelerkrankungen zum Rheumatismus.

A. J. BRADY.

51) **F. Certain. Klinische und bakteriologische Betrachtungen über die intra- und peritonsillären Abscesse. (Considérations cliniques et bactériologiques sur les abcès peri-amygdaliens.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Unter 17 Fällen (15 mal Peritonsillitis und 2 mal Abscess in der Mandel) wurde bei 16 eine Reincultur von Streptokokken nachgewiesen.

Betreffend die Häufigkeit der intra- und peritonsillären Abscesse macht C. aus der Klinik von Moure folgende Angabe: in den Jahren 1899—1908 wurden 263 Mandelabscesse beobachtet; 10 mal lag der Abscess in der Mandel nnd 253 mal im peritonsillären Bindegewebe.

Die Abscesse wurden mit dem Galvanokauter eröffnet. OPPIKOFER.

52) **Constantin. Resultate der Behandlung des Mandelabscesses durch Eröffnung der Fossa supratonsillaris.** *Revue hebdom. de laryngol. No. 31. 1910.*

Zusammenstellung aller Fälle von Tonsillarabscess (160), die Escat im Laufe der letzten 14 Jahre behandelt hat. Die meisten (62) wurden nach den Angaben Killian's (Worms) eröffnet. Constantin hat in seiner eigenen Praxis 12 Fälle zu behandeln gehabt, die er zumeist nach Killian, 10 mal, eröffnet hat mit regelmässig günstigem Erfolg. LAUTMANN.

53) **Robert D. Jewett. Bericht über einen Fall von Teratom der Tonsille. (Report of a case of teratoma of the tonsil.)** *The Laryngoscope. Mai 1909.*

Der Tumor sass der Tonsille mit einem langen Stiel auf und ragte etwas über die Lippen hinaus, so dass das Kind zeitweise daran lutschte. Er wurde ohne Blutung leicht mit der Scheere entfernt. EMIL MAYER.

54) **Nowicki. Ein Fall von Tonsillensarkom mit Röntgenstrahlen behandelt. (Demenstraya przypadku sarkomatu migdalka leczonego promieniami Röntgena.)** *Tygodnik lekarski. No. 25. 1910.*

Bei einem 45jährigen Manne, bei dem seit längerer Zeit eine grosse sarkomatöse Geschwulst der linken Tonsille, welche in den Nasenrachenraum hineinragte, bestand, nahm diese rasch und bedeutend ab unter Einfluss von Behandlung mit Röntgenstrahlen. Bei der Autopsie fand man Nekrose der sarkomatösen Infiltrate, besonders auf der nasalen Seite des weichen Gaumens.

Die mikroskopische Untersuchung ergab tiefe nekrotische Herde in der sarkomatösen Geschwulst. In den benachbarten nicht von dem Sarkom afficirten Geweben wurden kleinzellige Infiltrate längs der Blutgefässe und an vielen Stellen Proliferation des Endothels wahrgenommen, die Blutgefässe erweitert und in den Geweben reichliche Conglomerate von Haemosiderin gefunden.

A. v. SOKOLOWSKI.

55) **S. Pusateri. Beitrag zum Studium der primären Tonsillensarkome. (Contributo allo studio dei sarcomi primitivi nelle tonsille palatine.)** *Arch. Ital. di Otologia. XXI. No. 4.*

Es handelte sich um ein primäres Lymphosarkom der Tonsille, das sich auf die Halsmuskeln und das Rachendach weiter verbreitet hatte. CALAMIDA.

56) **John E. Summers. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Journal American Medical Association. 23. October 1909.*

Patient, ein 48 Jahre alter Mann, zeigte seit 6 Monaten eine Schwellung der linken Tonsille; diese Schwellung nahm dann rapide an Grösse zu. Die erste Operation bestand in Unterbindung der linken Carotis externa mit prophylaktischer Laryngotracheotomie. Die Wange wurde dann gespalten, der Kiefer durchtrennt,

der weiche Gaumen excidirt und der Tumor enucleirt. Zwei Recidive; beide Male wurden sie durch eine Operation von aussen entfernt. EMIL MAYER.

57) **J. A. Thompson. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Lancet Clinic. 26. Februar 1910.*

Operation von aussen; Entfernung der tonsillären Lymphgefässe und Unterbindung der Carotis externa. EMIL MAYER.

58) **Umbreit** (Berlin). **Glossitis haemorrhagica bei Hämophilie.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 105. 1910.*

Bei einem 30jährigen Hämophilen trat erst an der Zungenspitze ein rother Fleck auf, darnach Schwellung der ganzen Zunge mit Athem- und Schluckbeschwerden. Durch kleine Einschnitte wurden die Blutmengen ausgeräumt. Heilung nach wiederholten, neuen Blutungen. SEIFERT.

59) **Klausner** (Prag). **Ueber Lingua geographica hereditaria.** *Arch. f. Dermat. Bd. 103. 1910.*

Wahrscheinlich handelt es sich bei der Lingua geographica um eine angeborene Debilität und in Folge dessen erhöhte Reizbarkeit des Zungenschleimhautepithels, die ihren Ausdruck in einer chronischen Entzündung in Form der landkartenähnlichen Plaques findet.

In therapeutischer Beziehung dürfte eine rationelle Mundpflege mit den gebräuchlichen adstringirenden Mundwässern genügen. SEIFERT.

60) **Sachs. Tumor des Zungengrundes.** (Wiener dermatologische Gsellschaft, Sitzung vom 12. Januar 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1910.*

Zwei derbe, nussgrosse Tumoren mit feinwarziger Schleimhaut überdeckt. Histologischer Befund: gemischter Parotistumor. HANSZEL.

61) **J. Graf. Ueber Tumoren der Zungentonsille.** *Dissert. Bonn 1908.*

In anschaulicher Weise und kurzer Fassung stellt G. die Beobachtungen von gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Zungentonsille zusammen, die er in der Literatur auffinden konnte und fügt dieser Zusammenstellung einige eigene Beobachtungen hinzu.

In dem Abschnitt über die Carcinome der Zungentonsille findet sich die Angabe, dass in der ersten Zeit das Carcinom leicht mit Gumma verwechselt werden könne und dann, wenn es sich um Carcinom handle, bei Verabreichung von Jod oft eine Beschleunigung des Wachsthums der Geschwulst beobachtet werde. Auf diese Angabe darf man sich sicherlich nicht verlassen, da im Gegentheil das Jodkali auch bei malignen Tumoren eine vorübergehende Besserung bewirken kann. So sah Referent kürzlich unter Jodkali ein carcinomatöses Ulcus am Zungengrund im Verlauf von 3 Wochen sich schliessen. Dementsprechend schwanden auch die Schluckbeschwerden, der Fötor und die geringe blutige Secretion. Es blieben nur geringe ins Ohr ausstrahlende Schmerzen sowie eine leichte Erhebung am Zungengrund bestehen. Als dann aber mit dem Finger untersucht und eine Probeexcision aus dem sich von Neuem öffnenden Ulcus vorge-

nommen wurde, war die Diagnose auf Carcinom sicher gestellt. Bei dem beginnenden Carcinom des Zungengrundes spürt der Finger des Untersuchers oft mehr als das Auge sieht. OPPIKOFER.

62) **Henri Caboche. Beiträge zur Klinik der eitrigen Entzündung der Zungenbasis und des glosso-epiglottischen Raumes. (Considérations cliniques sur la glossite basique phlegmoneuse et les suppurations du carrefour épiglottique.)** *Archives Internat. de laryngologie. Tome XXX. No. 1. 1910.*

Sitzt ein Abscess im horizontalen Theile der Zunge, so ist bezüglich der Diagnose kaum ein Zweifel möglich. Die Fälle sind, wenn auch nicht häufig, so doch keine Ausnahmen und kann die erste von Caboche mitgetheilte Krankengeschichte eine halbseitige Entzündung der Zunge betreffend übergangen werden. Viel interessanter ist hingegen die zweite von ihm mitgetheilte Krankengeschichte, weil sie ein Capitel aus der Pathologie aufrollt, das sicher weiteres Studium verdient.

Es handelt sich um einen 20jährigen Patienten, der im Monat Juli eine Kornähre verschluckt hat und seither über fortwährendes Stechen tief im Halse auf der rechten Zungenseite klagt. Patient hat seither wiederholt Specialisten consultirt, die alle übereinstimmend die Klagen als nervöser Natur behandelten. Mittlerweile hat sich eine starke Dysphagie eingestellt und ein Stechen, das ins Ohr ausstrahlt. Als Caboche den Patienten am 18. Nov. zum ersten Male sah, constatirte er einen schlechten Allgemeinzustand. Der Kopf wird etwas schief gehalten. Die vordere Halsgegend erscheint etwas geschwollen. Die Palpation der Gegend oberhalb des Zungenbeins ist etwas weniger schmerzhaft als ein wenig tiefer zwischen Zungenbein und Schilddrüse. Die Gegend ist hier nicht so locker wie gewöhnlich, sondern etwas gespannt. Der Zungenboden ist nicht verändert, die Zunge kann, wenn auch mit Mühe hervorgestreckt werden. Der hintere Theil der Zunge ist schmerzhaft auf Druck, im Spiegel erscheint derselbe roth, geschwollen. Die Epiglottis ist äusserlich unverändert, doch absolut unbeweglich, wie erstarrt. Der Kehlkopf, soweit überblickbar, erscheint normal. In der Folge nehmen alle Symptome an Deutlichkeit zu, die Schwellung lateral und oberhalb des Zungenbeins wird markanter, die Haut daselbst ist rosa gefärbt, am Zungenboden zeigt sich ein leichtes Oedem. Es war schwierig eine Diagnose zu stellen und Caboche schwankt zwischen der eines Abscesses der Zungenbasis oder Vereiterung des glosso-epiglottischen Raumes. Aus dem therapeutischen Dilemma wurde Caboche durch spontane Eröffnung des Abscesses in der Nacht vom 23. Nov. gelöst. Bei der Untersuchung am nächsten Morgen ist die Austrittsstelle des Eiters nirgends erkennbar. Alle Krankheitserscheinungen wichen rasch.

Das am meisten hervorstechende Symptom war das Oedem oberhalb des Zungenbeins. Dasselbe sieht man zwar bei allen Entzündungen des Mundbodens. Doch ist es aber das am meisten charakteristische Symptom der Vereiterung des Raumes zwischen Epiglottis und Schildknorpel. In der ersten Phase dieser Erkrankung bildet dieses Oedem mit der Schmerzhaftigkeit des Zungengrundes und der Dyspnoe die einzigen Symptome der Erkrankung. Man sieht, wie das Bild der Vereiterung der Zungenbasis ähnlich sieht. Nur die laryngoskopische Untersuchung

ist im Stande, die Diagnose zu entscheiden, die im Falle einer Vereiterung der Zungenbasis daselbst eine Schwellung und Starrheit der Epiglottis zeigt.

Was die Vereiterung der Zungenmandel anlangt, so ist diese sicherlich in vielen Fällen von den vorhergehenden Eiterungen unterscheidbar, wenn auch Broca die beiden Erkrankungen identificirt. Ebenso macht Moure keinen Unterschied zwischen den beiden Erkrankungen. Es ist keine Frage, dass der oberflächliche Zungenmandelabscess sich leicht klinisch von dem tiefen Zungenbasisabscess unterscheiden lässt und somit eine Identificirung dieser Eiterungen unthunlich ist. Schwieriger allerdings ist es zu erkennen, wenn es sich analog dem peritonsillären Gaumenabscess um einen Abscess der Zungenmandel handelt, der sich zwischen Zungenmandel und Fascia linguae von Zaglas entwickelt. Die Schwellung am Halse, der Druck und spontane Schmerz an der Zungenbasis sind identisch. Im Spiegel aber ist ein deutlicher Unterschied zu constatiren. Entweder handelt es sich um einen circumscripten einseitigen Tumor, der eine mehr laterale Schwellung der Zunge bildet oder es handelt sich um zwei Tumoren, die in der Mitte vom Ligamentum glosso-epiglotticum getrennt sind. Beide Schwellungen sind verschieden von der uniformen Schwellung der vereiterten Zungenbasis. Nachdem Caboche die Differentialdiagnose bis hierher entwickelt hat, sucht er sich Angesichts der Schwierigkeiten, die dieselbe klinisch bietet, gezwungen, zuzugeben, dass der Abscess der Zungenbasis und die Peritonsillitis der Zungenmandel ein und dieselbe Erkrankung sind. Selbstverständlich bleibt aber die Vereiterung des Raumes zwischen Schildknorpel, Zungenbein und Epiglottis als selbständige Erkrankung bestehen, leider besitzen wir aber von dieser Erkrankung noch keine Beschreibung und fehlt namentlich das laryngoskopische Bild. Eine kurze bibliographische Skizze vervollständigt diese interessante Abhandlung.

LAUTMANN.

d. Diphtherie und Croup.

63) **Thomas Our. Die Ueberwachung der Diphtherie in der Schule. (The control of Diphtheria in schools.)** *Journal of the Royal Institute of Public Health 1910.*

Die Ausbreitung der Infection geschieht entweder direct durch „Träger“, als auch indirect durch inficirte Federhalter etc. Diphtheriebacillen bleiben einige Tage am Leben, wenn sie an der Oberfläche eines Federhalters oder Schreibpults angetrocknet sind. Von allen Kindern in einer inficirten Classe sollten Abstrichpräparate gemacht werden und alle, in deren Rachenhöhle Diphtheriebacillen gefunden werden, sollten aufs strengste abgeschlossen werden, bis sie davon frei sind. Die Pulte und alle Schulutensilien sollten desinficirt werden. Schliessung der Schule ist selten nothwendig.

A. J. WRIGHT.

64) **G. Menabuoni. Ueber Toxinnachweis im Blute bei Diphtherie.** *Rivista di Clinica pediatr. No. 1. 1910.*

Verf. fand unter 16 Diphtheriekranken bei 13 Toxin im Blut. Das Toxin verschwindet nach einiger Zeit (der Höchstfall betrug 38 Tage); auch nach An-

wendung von Heilserum verschwindet es nicht sogleich. Die postdiphtheritischen Lähmungen können auch noch zu anderer Zeit auftreten, wo keine Toxine mehr im Blute nachweisbar sind. Die Reaction ist für die Praxis nur in beschränktem Maasse verwendbar, denn bei anderen Krankheiten (Bronchopneumonien) fand sich in einer grossen Zahl der Fälle eine sehr ähnliche Reaction.

FINDER.

65) **R. Collins. Diphtherie und ihre Beziehungen zum Laboratorium. (Diphtheria and its relations to its laboratory.)** *Journal Record of Medicine. Mai 1910.*

Da es vorgekommen ist, dass die Isolirung eines Patienten aufgehoben wurde, nachdem eine Cultur negativ ausgefallen war, und dass trotzdem einige Tage nachher bei andern Familienmitgliedern Diphtherie auftrat, so hält Verf. den zweimaligen negativen Ausfall der Cultur für die Aufhebung der Isolirung nöthig.

EMIL MAYER.

66) **M. Phéline. Ueber die üblen Zufälle bei der Diphtherieserumbehandlung des Kindes. (Essai sur les accidents de la sérothérapie antidiphthérique chez l'enfant.)** *Dissert. Montpellier 1909.*

Hautausschläge, Gelenk- und Muskelschmerzen, Fieber, Magendarmstörungen, Nephritis, einige Todesfälle werden erwähnt. Wie selten im Grossen und Ganzen alle diese Complicationen sind, geht schon daraus hervor, dass Verf. am Ende seiner Arbeit nur vier Selbstbeobachtungen wiedergeben kann; 3mal handelte es sich um Hautausschläge und in einem Falle um Gelenk- und Muskelschmerzen. Alle diese vier Fälle verliefen ohne weitere Störung und Nachtheil.

OPPIKOFER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **Ernest Frazer. Die Entwickelung des Kehlkopfs. (The development of the larynx.)** *Journal of Anatomy and Physiology. Januar 1910.*

Es wurden 8 Embryonen von 5—35 mm Länge in Längsschnitten und Querschnitten und mittels Wachsplattenreconstructionen untersucht. Die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. gelangt, sind folgende:

Es giebt einen fünften Kiemenbogen hinter und später auch an der Innenseite des vierten. Das Pulmonardivertikel erhebt sich zwischen den beiden fünften Bögen am Boden des Rachens und hinter einer „Centralmasse". Sein proximales Ende zieht sich aus und bildet so die Kehlkopfhöhle unterhalb der wahren Stimmbänder und Aryknorpel, während der darüber liegende Theil ein Theil der Rachenhöhle ist, der durch das Nachvornewachsen der mit einander verschmolzenen Enden des IV. und V. Kiemenbogens eingeschlossen wird. Die wahren Stimmbänder entwickeln sich in dem V. Kiemenbogen; ihnen geht die Bildung eines „Chordalknötchens" vorher. Der Ventrikel ist eine Ausstülpung vom Kehlkopfcavum gerade oberhalb der wahren Stimmbänder; sie werden nicht von einer Kiemenspalte gebildet. Der Schildknorpel entwickelt sich im IV. Kiemenbogen, der Ring- und die Aryknorpel im V.

Die inneren Kehlkopfmuskeln entwickeln sich aus zwei primären Kreisebenen: die äussere aus dem IV. Kiemenbogen bildet den M. cricothyreoideus, die innere aus dem V. Bogen bildet alle inneren Muskeln. Die Epiglottis ist ein Derivat der „Centralmasse“ mit einer Zufügung von Elementen des III. Kiemenbogens.

A. J. WRIGHT.

68) **J. Holinger. Der Kehlkopf von Mycetes seniculus (Brüllaffe). (The larynx of Mycetes seniculus (howling monkey).** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1910. The Laryngoscope. April 1910.*

Der Bau des Kehlkopfes macht es dem Brüllaffen unmöglich, den Kopf gleich den anderen Affen aufrecht zu tragen, da der grosse Larynx und das Zungenbein die aufrechte Stellung der Wirbelsäule nicht gestatten. Mundhöhle, Pharynx und Larynx unterscheiden sich erheblich von denen bei anderen Affen, nur die Trachea gleicht der der übrigen Affen. Die grösste Abweichung zeigt das Zungenbein: sein Körper zeigt eine grosse Bulla zwischen den beiden Seiten des äusserst hohen Unterkiefers. In engem Zusammenhang mit diesem knöchernen Resonator steht der Schildknorpel. In dem grossen Larynx befindet sich ein grosser Apparat, der dem Thiere gestattet, entweder ruhig zu athmen oder den Resonator zum Tönen zu bringen. Die physikalische Erklärung für die starken Töne kann nicht gegeben werden.

EMIL MAYER.

69) **Wm. A. Mac Donald. Membran zwischen den Stimmlippen. (Membrane between the vocal cords.)** *Canada Journal Medicine and Surgery. December 1909.*

Es handelt sich um ein 12 Jahre altes Mädchen. Die Membran wurde mit einer Zange entfernt und dann mit Schroetter'schen Bougies erweitert.

EMIL MAYER.

70) **Shirmunski. Fall von Cyste des Kehldeckels. (Slutschai kisti nadgortanika.)** *Jeshemesjatschnik. p. 617. 1909.*

Der Fall beansprucht in diagnostischer Hinsicht Interesse, da er sogar Laryngologen zu irriger Diagnose verleitete.

Patient hatte sich vor 3 Jahren durch Fischknochen verletzt. Schmerzen stellten sich plötzlich vor einem Jahre ein. Im letzten Jahre Blutung und das Gefühl von Fremdkörper. — Nach Pinselung von Seiten eines Laryngologen starke Blutung. S. fasste die Geschwulst vermittelst kalter Schlinge und schnitt sie dann mit der Scheere ab. Sie war 2 cm lang und 1 cm breit. Pathologisch-anatomisch erwies sie sich als Epidermiscyste.

P. HELLAT

71) **D. J. Gibb Wishart. Kehlkopfpapillome. (Papillomata of the larynx.)** *The Canadian Practicioner and Review. September 1909.*

$3^1/_2$jähriges Kind; zunächst Entfernung der Papillome per vias naturales und Intubation; später Tracheotomie. Ein Jahr darauf Thyreotomie; das Kind konnte aber nicht decanulirt werden; bis zwei Jahre nach der ersten Operation traten häufig Recidive ein, dann konnten keine mehr entdeckt werden.

EMIL MAYER.

72) **Harmon Smith. Multiple Kehlkopfpapillome. (Multiple papilloma of the larynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1910.*

5jähriger Knabe. Tracheotomie, dann Entfernung einer Anzahl von Papillomen unter Leitung der Jackson'schen Tube. Fortwährende Recidive, so dass nach einem Jahre der ganze Larynx mit Geschwülsten erfüllt war. Verschiedene locale und innerliche Maassnahmen wurden ohne Resultat angewandt. Die Canüle blieb über 18 Monate liegen. Nachdem man den Kehlkopf sich selbst überlassen hatte, verschwanden die Papillome. Bei der letzten Operation, nach welcher die Geschwülste anfingen zu verschwinden, war die Fulguration angewandt worden.

EMIL MAYER.

73) **A. L. Gray. Bemerkungen über die Röntgentechnik bei der Behandlung von Kehlkopfpapillomen bei Kindern. (Remarks on the x-ray technic in the treatment of laryngeal papillomata in children.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni .1910.*

Zwei Fälle wurden offenbar günstig durch die Behandlung beeinflusst. In beiden war vorher die Tracheotomie gemacht worden. EMIL MAYER.

74) **Joseph B. Greene. Verschwinden einer Kehlkopfgeschwulst, wahrscheinlich Carcinom, ohne Behandlung. (Disappearence of a laryngeal growth probably carcinoma without !troatment.)** *Journal American Medical Association. 6. November 1909.*

Am 4. Juni sah man auf der Mitte des linken Stimmbandes eine kleine Geschwulst von Form und Grösse eines kleinen Weizenkorns; nicht gestielt; Oberfläche etwas uneben, die Basis deutlich geröthet. Am 7. October war keine Spur von der Geschwulst mehr zu erblicken. EMIL MAYER.

75) **D. Bryson Delavan. Diagnese und pathologischer Befund bei einem ungewöhnlichen Fall von Kehlkopfepitheliom. (The diagnosis and pathological findings in an unusual case of epithelioma of the larynx.)** *Interstate Medical Journal. Juli 1910.*

Der Fall illustrirt die Schwierigkeiten der Diagnose, denen man bisweilen begegnet. EMIL MAYER.

76) **Moure. Die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes. (Des Enchondromes du larynx.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 34. 1910.*

Es werden zwei Fälle mitgetheilt, von denen der erste ein echtes Chondrom des Kehlkopfs betrifft. Der Tumor ging von der hinteren Seite des Ringknorpels aus und wuchs zu enormer Grösse zwischen Kehlkopf und Speiseröhre heran. Merkwürdigerweise verursachte er keine besonderen Schluckstörungen. Der Pat., ein 62jähriger Mann, consultirte hauptsächlich wegen Athemstörung und Heiserkeit. Seltener Weise, wie z. B. in dem Uebersichtsreferat von Durand u. Garel (Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXIV. No. 12) nicht angeführt, zeigte der Tumor auch äusserlich unter dem Zungenbein eine Vorwölbung. Extraction unter Cocainanästhesie. Heilung. Der zweite Fall betrifft einen 46jährigen Mann, bei dem sich eine Art Versteinerung des Kehlkopfinneren und der Trachea fand.

Die genaue Diagnose wurde nicht gemacht auch nach Eröffnung der Trachea. Es wurde nur ein Theil des Tumors herausgenommen. Pat. starb 8 Tage nach der Operation. Moure zweifelt, ob nach genauer anatomischer Diagnose eine elastische Dilatation eine Besserung hätte herbeiführen können. Der Patient ist nicht endoskopirt worden, wenigstens findet sich keinerlei derartige Angabe. LAUTMANN.

77) **Menzel. Malignes Hypernephrom des Kehlkopfes.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. Juni 1910.) *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1910.*

Haselnussgrosser Tumor des Taschenbandes, Metastasen in der Lungenspitze, der Hilusdrüsen und im Kreuzbein. Erste Beobachtung einer Hypernephrommetastase im Larynx. HANSZEL.

78) **E. Schmiegelow. Klinische Beiträge zur Pathologie des Kehlkopfkrebses. (Kliniske Bidrag til Strubekraeftens Pathologi.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 28 und 29. 1910.*

Schmiegelow hat 48 Patienten mit Kehlkopfkrebs behandelt — 8 Weiber und 40 Männer.

3 Patienten waren unter 40 Jahre alt, 22 40—60 und 23 über 60 Jahre alt.

Die Stimmbänder waren in 23 Fällen die Ursprungsstelle. S. betont besonders die Heiserkeit als ein sehr allgemeines Anfangssymptom. Die Diagnose wurde in 25 Fällen vermittelst der endolaryngealen Probeexcision und nachfolgender Mikroskopie gestellt. 19mal handelte es sich um Epitheliome, 3mal um Carcinoma polyposum alveolare, 2mal um Adenocarcinom und 1mal um Carcinoma medullare. In 3 Fällen wurde die mikroskopische Diagnose nach der Operation festgestellt. Bei den übrigen 20 Patienten konnte S. mit Hilfe der Laryngoskopie die Diagnose aufstellen.

Bei den 48 Patienten wurde vorgenommen:

Keine Behandlung	in	9	Fällen,	0	Heilung,	9	Tod	oder	Recidiv
Tracheotomie	„	6	„	0	„	6	„	„	„
Endolaryngeale Operation ..	„	5	„	1	„	4	„	„	„
Thyreotomie	„	20	„	10	„	10	„	„	„
Exstirpatio laryngis partialis	„	4	„	0	„	4	„	„	„
Exstirpatio laryngis totalis ..	„	5*	„	1	„	4	„	„	„

(* Der eine Patient war vorher thyreotomirt worden und hatte Recidiv bekommen.)

S. hebt hervor, dass die Thyreotomie gegen den auf die Intralaryngealgegend beschränkten Krebs die Hauptmethode ist. L. MAHLER.

79) **Winogradow. Zur Frage der Behandlung bösartiger Kehlkopfgeschwülste vermittelst Röntgenstrahlen. (K woprosu o letschenii slokatschestwen. opucholei gortani lutschami Rontgenia.)** *Jeshemesjatschnik. p. 610. 1909.*

Autor bespricht zunächst die einschlägige Literatur und führt dann seine eigenen Beobachtungen an. Bisher sind 3 Fälle von ihm behandelt worden. In einem Falle wurde Heilung erzielt; nach $1/2$ Jahre kein Recidiv. In anderen Fällen wurde Erleichterung in Bezug auf Husten und Schmerz beobachtet. P. HELLAT.

80) **B. Hiltermann. Beitrag zur Casuistik der Larynxsarkome.** *Dissertation. München 1908.*

Bis zum Jahre 1897 konnte Bergeat 99 primäre und 19 secundäre Kehlkopfsarkome aus der Literatur zusammenstellen. H. hat nun die seither bekannt gewordenen Fälle gesammelt: 20 Fälle von primärem, 2 von secundärem und 1 Fall von per continuitatem propagirendem Kehlkopfsarkom.

Verf. theilt auch 2 noch nicht veröffentlichte Fälle von Kehlkopfsarkom aus der Klinik von Prof. Neumayer ausführlich mit. Bei dem 1. 47jährigen Patienten nahm das Spindelzellensarkom in der rechten Aryknorpelgegend seinen Ursprung, füllte den rechten Sinus piriformis aus und recidivirte nach der Pharyngotomia subhyoidea. Nochmals Pharyngotomie; Pneumonie, Exitus. — Bei dem 2. 54jähr. Patienten ging das Sarkom von der linken Taschenlippe aus. Tracheotomie, Laryngofissur und Excision des Tumors. Heilung. Mikroskopische Untersuchung: kleinzelliges Rundzellensarkom.

In dem kurzen Abschnitt der Therapie empfiehlt H. einzig die Laryngofissur, und doch sind die Chancen einer Radicalheilung grösser, wenn die partielle oder totale Kehlkopfexstirpation vorgenommen wird.

OPPIKOFER.

81) **Botey. Die Laryngostomie beim Kehlkopfkrebs. (La laryngostomie dans le cancer du larynx.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXIX. No. 3.*

Die Laryngostomie kann mit Vortheil zur Nachbehandlung des Kehlkopfkrebses verwandt werden, wenn man mit einer partiellen Operation auszukommen glaubt und nicht die Totalresection vornimmt. Sargnon hat bereits diese Indication für die Laryngostomie angegeben, doch scheint dies Botey unbekannt gewesen zu sein, als er in einem Falle von Spindelzellensarkom, der wiederholt thyreotomirt worden war, nach partieller Resection des Kehlkopfes die Nachbehandlung per laryngostomiam durchführte. Thatsächlich ist man so in die Lage versetzt, die unmittelbaren Recidive besser controliren zu können. Ob wirklich die Laryngostomie eine grosse Zukunft in der Behandlung der malignen Tumoren des Kehlkopfes hat, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls muss man die schonendste Methode der Laryngostomie (die italienische) anwenden, um nicht durch den Reiz die Recidive zu beschleunigen.

LAUTMANN.

82) **Tapia. Ein Fall von zweizeitiger Totalexstirpation des Kehlkopfs. (Un cas d'exstirpation totale du larynx en deux temps.)** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXVI. No. 4.*

Die Tracheotomie musste schleunigt zu Beginn der Operation ausgeführt werden wegen plötzlicher Asphyxie. Diese Indication für die zweizeitige Carcinomoperation ist bisher, glauben wir, noch nicht hervorgehoben worden.

LAUTMANN.

83) **M. Minz. Zur Frage der Spätanfälle von Dyspnoe nach Totalexstirpation des Larynx. (K woprosu o posdnich pripatkach uduschja posle polnardo is setschenija gortani.)** *Rusk. Wratsch. No. 28. 1908.*

Minz fügt in dieser Mittheilung seinem ersten Fall von Fibrinpfropfen in den Bronchien nach Larynxexstirpation noch zwei neue Fälle hinzu. Es setzten

sich in dem einen Falle nach 27 Tagen, in dem anderen nach 21 Tagen Fibrinmassen in den Bronchien fest, die starke Athembeschwerden machten. Erst nach der Entfernung derselben trat freies Athmen ein.

M. hat in 13 Fällen von Larynxexstirpation 3mal diese Erscheinung beobachtet. Er wundert sich, warum ähnliche Mittheilungen von anderen Operateuren nicht erfolgt sind.

P. HELLAT.

84) **Schiller. Ueber intratracheale Strumen.** *Dissert. Königsberg 1907.*

Sch. giebt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von intratrachealer Struma aus der Königsberger Universitäts-Poliklinik mit genauem mikroskopischem Befund.

Sch. fand im Ganzen 16 Fälle in der Literatur. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass sich die intratrachealen Strumen bei Personen meist jüngeren Alters vorfinden (12 unter 35 Jahren). 12 Fälle gehören dem weiblichen und nur 4 dem männlichen Geschlecht an. Bei 15 Fällen sass die Struma im obersten Theil der Luftröhre oder auch gleichzeitig im unteren Abschnitt des Kehlkopfes; nur einmal fand sich eine versprengte Struma als haselnussgrosser Tumor am Eingange in den rechten Bronchus.

OPPIKOFER.

85) **J. P. Berens. Ein Fall von primärem Trachealcarcinom. (A case of primary carcinoma of the trachea.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1909.*

Cfr. Verhandlungen der 35. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Boston Juni 1909.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

86) **Riedel** (Jena). **Ueber den Verlauf und Ausgang der Strumitis chronica.** *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1910.*

Riedel beschreibt das Bild der so selten auftretenden Strumitis, die sich bei jugendlichen Individuen durch subacute Schwellung und Verhärtung der Schilddrüse äussert, die ganze Schilddrüse ergreifen kann und durch Compression der Trachea starke Athemnoth zeitigt. Bei manchen Kranken entwickelt sich das Leiden nur bis zu einem bestimmten Grade und geht dann wieder spontan zurück, so dass die Kranken keine chirurgische Hülfe aufsuchen; dies erklärt vielleicht die Thatsache, dass aus Deutschland im Ganzen nur 4 Fälle bekannt sind. Mancher Kranke mag auch schon unter der Diagnose „inoperables Carcinom“ elend zu Grunde gegangen sein. Da Carotis, Jugularis interna und N. vagus untrennbar mit der Geschwulst verwachsen sind, ist halbseitige Strumectomie unmöglich, ebenso unmöglich ist die Tracheotomie sowohl superior wie inferior, wenn der Isthmus der Schilddrüse ein etwas grösseres Volumen hat. Dagegen lässt sich die Athemnoth durch Excision eines bis auf die Trachea reichenden Keiles aus dem Isthmus der Schilddrüse verringern. Durch Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes und Narbenzug tritt dann bisweilen eine relative Heilung ein, wie die bisher publicirten Fälle, sowie die in der Arbeit mitgetheilten Krankengeschichten beweisen.

HECHT.

87) **Roemheld** (Schloss Hornegg). **Basedow mit starker Hypertension.** *Med. Correspondenzbl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins. 40. 1910.*

Mittheilung eines Falles von Basedow bei einer 38jährigen Frau, bei welcher auch nach der Strumectomie der Blutdruck noch stark erhöht blieb, wenn auch im Ganzen niedriger, als vor der Operation. SEIFERT.

88) **J. B. Deaver. Morbus Basedow. (Exophthalmic goiter.)** *Southern Medical Journal. Januar 1910.*

Als Factoren, die für eine erfolgreiche chirurgische Behandlung ausschlaggebend sind, bezeichnet D. die folgenden: Auswahl der Fälle und den Zeitpunkt der Operation; sorgfältige Anästhesie — er selbst bevorzugt, wenn keine Contraindicationen vorhanden sind, Aether —; Wahl einer dem Fall angemessenen Operation, d. h. dass man nicht eine Excision macht, wo der Patient nur eine Unterbindung aushält; schnelles und geschicktes Operiren; Vermeidung einer Verletzung des N. recurrens und der Nebenschilddrüsen durch Erhaltung der hinteren Kapsel und der A. parathyreoideae; genügende Drainage der Wunde.

EMIL MAYER.

89) **G. Telyun. Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1910.*

Eine sehr erschöpfende Arbeit über Physiologie und Pathologie der Schilddrüse, mit besonderer Rücksicht auf den Basedow. Eine Wiedergabe des Inhalts im Referat ist nicht möglich. A. J. BRADY.

90) **Sinclair Gillies. Die medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (The medical treatment of exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1910.*

Verf. fasst seinen Standpunkt in folgende Sätze zusammen: Die Schilddrüse ist ein Organ, dessen Secretion von Bedeutung ist. In 700 Fällen nach ihrer Entfernung trat Myxödem ein. Die Mehrzahl der leichten und im Anfangsstadium befindlichen Fälle heilt bei prompter Behandlung. Die wesentlichen Factoren der Behandlung bestehen in absoluter Ruhe und regulirter Diät. Unter Ruhe ist Bettruhe zu verstehen, Fernhaltung von Besuchen, Geschäften etc. Fleisch, Kaffee, Thee, Alkohol sind untersagt. Kein Fall soll chirurgisch behandelt werden, ohne dass er zum mindesten 3 Monate lang einer strengen medicamentösen Behandlung unterworfen worden ist. Fälle, die nach dieser Zeit keine Besserung zeigen, sollen operirt werden, falls nicht abgewartet werden kann. Zum Schluss werden die verschiedenen Mittel der Behandlung erörtert. A. J. BRADY.

91) **W. G. Stewart Mc Kay. Die Pathologie und chirurgische Behandlung des Basedowkropfes. (The pathology and surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1910.*

Wenn 3 Monate lange andauernde Behandlung keine Besserung ergiebt, so muss die Operation erfolgen, da sonst allmählich Degeneration des Herzens und anderer Organe zu befürchten ist. Verf. hat 40 Fälle operirt. Jeder Fall ist vor der Operation zwei Wochen unter Alt'scher Diät im Bett gehalten worden; zwei-

mal täglich wurden kleine Dosen Atropin gegeben; dies soll bei Operationen, die den Vagus reizen, gegen Herzstillstand schützen. Verf. zieht die Aethernarkose der Localanästhesie vor. Er ist überzeugt, dass 75 pCt. der Fälle geheilt werden können; in den Fällen, in denen die Operation keinen Erfolg hat, ist durch zu langes Zuwarten das Herz geschädigt worden. A. J. BRADY.

92) **Channing Frothingham. Neue Fortschritte in der Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Recent advances in the treatment of Grave's disease.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. Mai 1910.*

Auf Grund einer Uebersicht über die neuere Literatur fordert F. sorgfältiger zusammengestellte Statistiken und mehr experimentelle Untersuchungen, damit die wahre Natur der Erkrankung definitiv ergründet werden kann.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

93) **G. Larché. Der Speiseröhren-Speicheldrüsenreflex von Roger bei den Verengerungen der Speiseröhre, speciell bei Speiseröhrenkrebs. (Syndrome oesophage-salivaire de Roger dans les sténoses de l'oesophage en général et dans le cancer en particulier.)** *Dissert. Paris 1909.*

Jede Erregung der Speiseröhrenschleimhaut wirkt auf die Function der Speicheldrüsen. Der vermehrte Speichelfluss ist intensiv bei Fremdkörpern der Speiseröhre und bei ausgedehntem Krebs, während bei den übrigen Verengerungen der Speiseröhre der vermehrte Speichelfluss meist nur zur Zeit der Mahlzeiten eintritt. Krankengeschichten. OPPIKOFER.

94) **Preleitner. Oesophagusstrictur nach Scharlach.** (Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. April 1910.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1910.*

Nicht nur im Oesophagus, sondern auch im Rachen zeigten sich derbe Narben und Defecte mehrere Wochen nach einer Scarlatina. HANSZEL.

95) **Geo W. Ross. Fall von traumatischer Oesophagusstrictur bei einem 2 Jahre alten Kinde. (Case of traumatic oesophageal stricture in a two years old child.)** *New York State Journal of Medicine. Juli 1910.*

Allmähliche Erweiterung der Strictur mittels Tuben. Heilung.

EMIL MAYER.

96) **Gèzes. Fremdkörper des Oesophagus und Oesophagoskopie. (Corps étrangers de l'oesophage et oesophagoscopie.)** *Revue hebdom. de laryngologie. No. 32. 1910.*

Ueber die vom Autor mitgetheilten zwei Fremdkörperfälle hat **Moure** auf dem letzten französischen Rhino-Otologen-Congress, Paris 1910 (s. diesen) schon Mittheilung gemacht. Auf die grosse Unterstützung, die **Moure** nicht nur bei der Diagnose, sondern auch während der Extraction des zweiten Fremdkörpers durch die gleichzeitige Benutzung der X-Strahlen erfahren hat, hat **Moure** ebenfalls gelegentlich seines Vortrages hingewiesen. LAUTMANN.

97) **Bourack. Ein Fall von Fremdkörper des Oesophagus mit tödtlichem Ausgange. (Un cas de corps étranger de l'oesophage avec terminaison mortelle.)** *Arvhives Internat. de laryngol, Tome XXIX. No. 3.*

Der zuerst consultirte Arzt glaubte eine Fischgräte im Anfangstheil des Oesophagus „getastet" zu haben. Wiederholte Versuche, des Fremdkörpers mittels Zangen habhaft zu werden, schlugen fehl. Bourack, der am nächstfolgenden Tage zu Rathe gezogen wurde, konnte mittels der v. Eicken'schen Hypopharyngoskopie und mittels Oesophagoskopie feststellen, dass von einem Fremdkörper keine Spur vorhanden vor. Wohl aber constatirte er eine Verletzung der hinteren Larynxfläche, die offenbar von dem vielfachen Zangenanlegen und digitalen Untersuchungen herrührte. Es entwickelte sich 5 Tage später eine Phlegmone in dem Kehlkopf, die die Patientin getödtet hätte, wenn nicht Bourack in extremis eine Tracheotomie gemacht und den Abscess geöffnet hätte. Anfangs schien sich das Befinden der Patientin zu bessern, doch ging sie 2 Tage später an einer Mediastinitis zu Grunde. Die Autopsie liess von einem Fremdkörper nichts entdecken. Bourack zieht die Schlussfolgerung, dass die endoskopische Methode viel allgemeinere Verbreitung auch ausserhalb der Laryngologie finden sollte. Etwas übertrieben ist es allerdings, zu sagen, dass „die Technik der Oesophagoskopie sehr einfach ist, deren Erlernung weder viel Zeit noch Mühe erfordert".

LAUTMANN.

98) **Dreesmann** (Cöln). **Zwei Fälle von verschlucktem Gebiss.** *Med. Klinik. 42. 1910.*

In den beiden Fällen konnte bei der ösophagoskopischen Untersuchung der Fremdkörper nicht resp. nicht genau gesehen werden. Im zweiten Falle hatte die Gaumenplatte $^3/_4$ Jahre lang in der Speiseröhre gelegen. Nach Orientirung mit Hülfe der Radioskopie Entfernung der Fremdkörper durch Oosophagotomia externa. Glatte Heilung.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Klose** und **Vogt** (Frankfurt a. M.). **Klinik und Biologie der Thymusdrüse. (Mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zum Knochen- und Nervensystem.)** Tübingen, H. Laupp. 1910.

Das vorliegende Buch kann als eine wichtige Etappe auf dem Wege der Thymusforschung bezeichnet werden, welche noch eine ganze Reihe von Aufgaben zu lösen hat, wenn auch die Klinik und die Beziehungen zur Neurologie und zum biochemischen Stoffwechsel durch die Arbeiten der Verff. ausserordentlich gefördert wurden. Für uns sind von besonderem Interesse die Ausführungen über den Thymustod, der ja nach der Druckwirkung entweder ein Herz- oder ein Hirntod oder ein Erschöpfungs-(Inanitions-)Tod ist. Die Eigenheiten der topographischen Chirurgie der Thymus sind wesentlich bedingt durch die stark wechselnde Turgescenz des Organs, die wiederum abhängig ist von der directen reichlichen Anschaltung an die grosse Körperschlagader und der dadurch bedingten Antheil-

nahme an Störungen der centralen Kreislaufspumpe. Die Lage im Mediastinum, die feste Adhärenz mit dem Herzen, das Wechseln mit der Athmung, die mit dem Wachsthum eintretende Senkung des Zwerchfells, dazu die Elasticität des kindlichen Thorax, der Schalleindrücke unscharf macht, bedingt die Unsicherheit der percutorisch und radiologisch aufgestellten Typen. Es ist nicht zu vergessen, dass die nicht mit Methoden zu bewerthende congenitale und durch die Thymus nach bestimmter Richtung hin verstärkte toxische allgemeine Körperschädigung bei der Thymusstenose eine mehr oder minder wichtige Rolle spielt. Diese constitutionelle Körperschädigung kommt zu Stande durch eine Säurevergiftung (Nucleinsäure). Seifert (Würzburg).

b) Charles Hunton Knight und **W. Sohier Bryant. Diseases of the nose, throat and ear.** Zweite revidirte Auflage mit 239 Illustrationen. Verlag von P. Blackston's son and Co. Philadelphia 1909.

Die Kapitel über Nase und Hals sind in dieser zweiten Auflage von Knight bearbeitet worden, der wegen seiner conservativen Anschauungen und grossen Erfahrungen auf jenem Gebiet bei allen seinen Fachgenossen gut bekannt ist.

Bezüglich seiner Anschauungen betreffs einiger der neueren Errungenschaften in unserer Specialität erwähnen wir Folgendes:

„Denen, die von der Einführung der directen Untersuchungsmethoden (Kirstein), einer der wichtigsten Fortschritte in unserem Specialfach, eine Umwälzung in der Laryngoskopie herleiten, könnte es scheinen, als ob der Vornahme von Verrichtungen in den oberen Luftwegen auf diesem Wege nur spärliche Aufmerksamkeit geschenkt worden sei. Zwei Gründe sind vornehmlich dafür maassgebend gewesen: erstlich ist es nicht wahrscheinlich, dass die älteren Untersuchungsmethoden aus der täglichen Praxis verdrängt werden. Die Klasse von Fällen, die für jenes Anwendungsgebiet geeignet sind (Fremdkörper, Neubildungen bei Kindern, Geschwülste in der vorderen Commissur oder unterhalb der Stimmbänder etc.) bieten ein verhältnismässig beschränktes Feld für das neue Verfahren. In zweiter Linie sind der besondere dazu nöthige Apparat und eine ungewöhnliche operative Geschicklichkeit der allgemeinen Anwendung mehr oder minder im Wege. Es scheint daher gerechtfertigt, die Beschreibungen den Specialmonographien zu überlassen und das Verfahren den Wenigen anheimzugeben, die diesem Gegenstande besondere Beachtung geschenkt haben.

Hier zu Lande haben der Fleiss und der Scharfsinn von Jackson, Ingals und Mosher, im Ausland der von Killian und Brünings zusammengewirkt, um das Verfahren zu einer Höhe fast absoluter Vollkommenheit zu bringen. Seine grossen Vortheile für chirurgische Maassnahmen müssen zugegeben werden; jedoch sind die mittels der gewöhnlichen Methoden erreichten Resultate im Allgemeinen zufriedenstellend. Gleiches ist zu sagen über den ingeniösen elektrischen Beleuchtungsapparat zur Pharyngoskopie, den Hays angegeben hat. In schwierigen und zweifelhaften Fällen kann er sich entschieden nützlich erweisen."

Das Kapitel über die Septumdeviationen ist anschaulich, concis und von conservativen Anschauungen erfüllt. Die ausgezeichneten Resultate der Röntgen-

strahlenbehandlung bei Rhinosklerom, wie sie von den neueren Autoren angegeben werden, finden keine Erwähnung.

In Bezug auf das Heufieber kommt der Verf. zu dem Ergebniss, dass ungeachtet aller Bemühungen man leider alljährlich das traurige Schauspiel eines Patienten sieht, der nach Erschöpfung aller dem praktischen Arzt zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, nach Durchprobirung aller bekannten Quacksalbereien, nach Entfernung der meisten seiner intranasalen Gebilde durch eifrige Rhinologen, das unselige Opfer der Krankheit bleibt.

Die Lectüre des Buches, von dessen Geist diese Citate eine Vorstellung geben sollen, wird für Jeden von Nutzen sein. Emil Mayer.

---

c) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Januar 1910.

Braun spricht über ein Gumma septi cartilaginei bei einem hereditärluetischen 15jährigen Mädchen und betont die seltene Localisation im knorpeligen Septum sowie das späte Auftreten der ersten Manifestation.

An der Discussion betheiligte sich Roth. Er berichtet, dass in einem analogen Fall beim Vater des Mädchens positiver Wassermann zu constatiren war, bei dem klinisch sicher luetischen Mädchen die Probe negativ ausfiel; in gleichem Sinne sprachen sich Hirsch, Hajek, Heindl und Menzel aus. — Glas betont die Wichtigkeit der completen Reaction zwecks Diagnose.

Glas demonstrirt einen Patienten mit isolirtem Pemphigus der Mund- und Kehlkopfschleimhaut, wobei auch typische Efflorescenzen am Tubenostium zu beobachten sind; ferner ein gummöses Ulcus unter der Zunge bei einer 40jährigen Frau. Wassermann positiv.

Kahler stellt einen Patienten vor, bei welchem als zufälliger Nebenbefund bei der directen Tracheoskopie ein Divertikel der Trachea — ein rudimentärer Bronchus — gesehen wurde.

Ferner einen 63jährigen Patienten, welchem im Jahre 1907 von Chiari wegen Carcinom die rechte Kehlkopfhälfte entfernt wurde. Nun Carcinom der linken Larynxseite, weswegen Chiari in Localanästhesie (Scopolamin-Morphium-Schleich) die Exstirpation auch der linken Kehlkopfhälfte und eines grossen Theiles vom Pharynx ausführte. Die nun nöthige Hautplastik wird mit einem gestielten Lappen vom Sternum ausgeführt werden, da die Halshaut zu stark behaart ist.

Weil schlägt die elektrolytische Zerstörung der Haarbälge vor, wogegen Kahler zu bedenken giebt, dass dadurch die Ernährung des Lappens leiden könnte.

Kahler berichtet über die Entfernung eines 3 cm langen Nagels aus dem rechten Unterlappen-Bronchus bei einem 34jährigen Manne auf bronchoskopischem Wege.

Marschik demonstrirt eine luetisch narbige Stenose des Einganges in den linken Bronchus mittelst directer Tracheoskopie bei einer 47jährigen Patientin.

Kofler berichtet über einen Fall von Dakryocystitis chron. purulenta im Anschluss an eine Radicaloperation nach Luc-Caldwell. Es handelt sich um eine postoperative Complication — eine Stenose des Thränennasencanals in der Höhe des oberen Randes der unteren Muschel — die Infection des Thränensackinhaltes ist wahrscheinlich von der Nase her erfolgt.

Ueber einen ähnlichen Fall berichtet Hajek.

Kofler konnte ferner eine „Patientin mit Neuritis retrobulbaris oculi dextri, Fingerzählen auf circa 40 cm, centrales Scotom für alle Farben“ durch Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel vollständig von der Augenaffection heilen.

Hajek demonstrirt ein Präparat von Myxom des Nasengerüstes, welches pathologisch-anatomisch und klinisch interessant ist.

Menzel berichtet über den in der vorigen Sitzung als wahrscheinliche Struma accessoria des Kehlkopfes vorgestellten Fall, dass es sich zweifellos um einen branchiogenen, aus zahlreichen Cystchen bestehenden Tumor des Larynx gehandelt hat.

Sitzung vom 9. Februar 1910.

1. Fein stellt einen Fall von Sclerom der Nase, des Kehlkopfes und der Trachea vor, bei welchem sich zur Trachealstenose noch eine functionelle Larynxstenose gesellte.

2. Kahler demonstrirt den in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Totalexstirpation nach der Pharynxplastik — durch das Bestehen einer Fistel ist die Sprache bei verstopfter Canüle recht vernehmlich geworden.

3. Kofler zeigt eine Patientin mit angeborener Faltenbildung im Recessus piriformis, die von Fein in der Discussion als Plica nervi laryng. superioris angesprochen wird, stellt weiter eine Patientin mit einer Kiefercyste vor, bei welcher der Gerber'sche Wulst aussergewöhnlich stark ausgebildet ist.

4. Menzel demonstrirt a) ein Cylindrom des Zungengrundes, das trotz längerer Dauer keine regionären Drüsenmetastasen setzte und wobei der Patient noch an Körpergewicht zunimmt; b) einen Patienten mit linksseitiger Stirnfistel, welche in einen abgesackten, mit der Stirnhöhle nicht communicirenden Raum führt. Demonstration von Röntgenbildern, die die Topographie erläutern.

5. Glas demonstrirt einen geheilten, radical operirten Patienten nach traumatischer Stirnhöhleneiterung und spricht über einige Details bei Ausführung seiner Radicaloperationen nach Killian.

6. Hanszel demonstrirt das histologische Präparat einer congenitalen Cyste des Ductus thyreoglossus, bespricht die Krankengeschichte und Operation und betont die grosse Seltenheit der Persistenz des Duct. thyreoideus mit Communication in eine Verzweigung des Duct. lingualis.

Discussion: Koschier bestätigt die Nothwendigkeit der äusserst exacten operativen Entfernung, da sonst sicher Recidive eintreten.

7. R. Müller als Gast spricht über die Verwendbarkeit der Wassermannschen Reaction, deren negatives Resultat wohl mit der grössten Wahrscheinlichkeit Lues ausschliesst. — Ueber ihre Erfahrungen sprachen hierzu Menzel, Koschier, Roth und Weil.

8. Hütter demonstrirt das Präparat eines kindlichen Kehlkopfes mit congenitaler Missbildung.

Sitzung vom 2. März 1910.

1. Fein demonstrirt einen Patienten mit einer endonasalen, vermuthlich congenitalen diaphragmatischen Membran.

Discussion: Glas sah einen ähnlichen Fall, bei welchem es sich um isolirtes Sclerom handelte, Weil einen ähnlichen Narbenstrang nach Diphtherie.

2. Weil stellt einen Patienten mit Tumor des Zungengrundes vor. Diagnose noch unsicher.

3. Menzel berichtet über den in der Februarsitzung vorgestellten Fall von Fistelbildung der linken Stirnwand. Es wurde bei der Radicaloperation festgestellt, dass es sich um einen durch ein Septum nahezu vollständig abgeschlossenen Recessus der Stirnhöhle der anderen Seite handelte. Von Interesse ist die Thatsache, dass man vom inneren Ende des linken Margo supraorbitalis in die rechte Stirnhöhle gelangte.

4. Hugo Löwy aus Karlsbad demonstrirte mikroskopische Präparate von zwei Fällen gutartiger Epithelialgeschwülste der Nase.

5. Moszkowicz demonstrirt mit dem Projectionsapparat eine Reihe photographischer Aufnahmen zur Illustration verschiedener Operationsmethoden, mit denen es gelingt, Nasendeformitäten ohne äussere Narbe zu corrigiren, der Vortragende bespricht die Technik der Vaselininjection, sowie der Resection prominenter Theile und demonstrirt das Instrumentarium.

In der Discussion besprechen Weil und Fein ihre diesbezüglichen Erfahrungen.

Sitzung vom 6. April 1910.

Glas demonstrirt einen Patienten nach einer Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian; es bestand eine aussergewöhnlich grosse Orbitalbucht, welche lateral noch einen Verticalschnitt nöthig machte.

Marschik berichtet über einen Fall von schwerer Nachblutung nach Tonsillektomie. Patientin war offenbar wegen einer chronischen Nephritis und durch die im Beginne befindlichen Menses zu starker Blutung mehr disponirt. Die Blutung erfolgte abwechselnd beiderseits, konnte links durch Anlegen des Schureink'schen Häkchens (Verklemmung der Gaumenbögen), rechts aber erst nach Unterbindung der rechtsseitigen Carotis externa zum Stillstand gebracht werden.

Discussion:

Réthi und Fein wollen das Gebiet der Indication zur Tonsillektomie begrenzt wissen, Weil konnte in einem Falle von Tonsillarblutung durch Vernähen der Gaumenbögen über einem Tampon prompte Stillung erreichen, Hajek,

Koschier, Kofler und Chiari sprechen sich nebst anderen Bemerkungen dahin aus, dass nach der Tonsillektomie keine grössere Gefahr für eine Blutung besteht, als bei der Tonsillotomie, Marschik sah günstige Einwirkung von Formaminttabletten auf die postoperativen Beläge und empfiehlt beim Erwachsenen durchschnittlich, nicht erst die Tonsillotomie zu versuchen, sondern gegebenenfalls gleich die Tonsillektomie auszuführen, weil diese dann leichter auszuführen ist.

Sitzung vom 4. Mai 1910.

Marschik demonstrirt 3 Patienten mit Stenose des Introitus nasi (plastische Operation mit Dilatation [Dilatatoren eigener Construction]), ferner einen Patienten, welcher nach Totalexstirpation des Larynx mit Pharynxstimme deutlich sprechen kann, endlich diverse neue Instrumente (Reinigungsfeder für die Dupuy'sche T-Canüle), neuer Wangenhaken für Luc-Caldwell und Instrumente für die Killian'sche Stirnhöhlenoperation.

Neumann stellt einen Patienten mit Septumabscess dentalen Ursprungs vor.

Discussion: Roth, Heindl, Hirsch.

Menzel: 1. Doppelte luetische Perforation des hintersten Antheiles des Septums.

2. Ein von Dr. Westcoal in Chicago angegebenes, von ihm modificirtes Instrument zur Operation an den Muscheln in engen Nasen (zu haben bei Firma Reiner, Wien).

Glas: 1. Traumatisches Empyem der Stirnhöhle. Radicaloperation, Heilung.

2. Angina ulcero-membranacea Vincenti bei einem an Zahngeschwüren und Periostitis alveolaris inferior leidenden Patienten. Hinweis auf das Vorkommen von Mischinfectionen.

In der Discussion wurde von mehreren Herren die Ansicht vertreten, es sei sehr zweifelhaft, dass die bekannten Bakterienformen für diese Erkrankung als specifisch anzusehen sind. Hanszel.

---

d) Sitzungen der oto-laryngologischen Section des XI. Pirogow'schen Congresses in St. Petersburg

vom 22. bis 27. April 1910.

Auf dem Congress kamen 20 Vorträge zur Verlesung, von denen die Mehrzahl dem Gebiete der Ohrenheilkunde angehören. Die Section war schwach besucht und die Vorträge gehören fast ausschliesslich einer Klinik an.

Galebski: Ueber untere und obere Pharyngoskopie.

Redner benutzt den Apparat von Hays. Untersucht wurden 150 Personen. Mit dem Apparat gelang es ihm auch, den Nasenrachenraum zu besichtigen.

Wojatschek: Demontration einer Vorrichtung zur Besichtigung des Trommelfelles von zwei Personen.

Wojatschek: Ueber die Bedeutung der Oesophagoskopie ohne Mandrin.

Redner empfiehlt die Besichtigung des Oesophagus unter der Führung des Auges mit dem Tracheoskop und in zwei Sitzungen, wobei die Pharyngoskopie in sitzender Stellung ausgeführt wird.

Zytowitsch: Bronchoskopie bei Kindern.

Bei Kindern ist die Bronchoskopie häufiger erforderlich, besonders bei Athembeschwerden. Dadurch kann man die Tracheotomie häufig umgehen.

Durch die Tracheo-Bronchoskopie wird die Behandlung der Abscesse der Bronchialdrüsen und der Schleimhaut ermöglicht.

Bei Kindern unter 3—4 Jahren gelingt die Bronchoskopie ohne jegliche Anästhesie, bei 7—8 Jahren mit örtlicher, später mit allgemeiner Anästhesie.

Iwanow: Die Stimme und Sprache ohne Larynx.

Redner theilt die Larynxlosen in drei Kategorien:

1. Klanglose Sprache; gehört werden nur Consonanten.

2. Klangliche Sprache mit Bildung der Töne zwischen der Zungenwurzel und der Pharynxwand.

3. Explosivsprache bei Laryngostomirten, bei denen der Kehlkopf als functionirender Apparat nicht thätig ist.

Swershewski: Erkrankungen der Thränenwege rhinogener Natur.

Redner untersuchte an einem grossen anatomischen Material die Verhältnisse der Thränenwege. Er fand, dass die Ursachen für pathologische Vorgänge abhängen 1. in erster Linie von der Mündung des Thränencanals in der Nase; 2. von der Form des Canals. In der unteren Abtheilung werden Unregelmässigkeiten hauptsächlich durch das Septum verursacht. Der Behandlung nach Okunew verspricht Redner eine gewisse Zukunft.

Samoilenko: Operative Behandlung des deformirten Nasenseptums.

Redner ist ein warmer Anhänger der Methode von Killian und Freer.

Osokin: Ueber hohes Pal. dur. in Verbindung mit hypertrophischen Rachenmandeln und anderen Ursachen der Mundathmung.

Auf Grundlage eines Materials von 242 Untersuchungen kommt Autor zu folgenden Schlüssen: 1. Die Behauptung Siebenmann's bestätigt sich nicht. Mundathmung wirkt auf den Gaumen. 2. Verkrümmung des Nasenseptums ist häufiger bei Erwachsenen, und bei der Mundathmung. 3. Ein Verhältniss zwischen hohem Gaumen und den Dimensionen der Nase liess sich nicht feststellen.

Nedler: Ueber Schiefhaltung des Kopfes nach Adenoidenoperation.

N. kommt zum Schluss, dass es sich hier um Lymphdrüsenschwellung handelt. — Zytowitsch glaubt, dass Drüsenschwellung Ausdruck von Sepsis ist. — Ihm sind 2 Todesfälle bekannt.

Zytowitsch: Zur Behandlung von Tonsillitiden.

Redner plädirt für conservative Behandlung vermittelst Massage.

Wojatschek schliesst sich dem an, aber operirt, wenn in den Mandeln die Ursache für Peritonsillitis und andere Erkrankungen vorliegt.

Gawrilow ist derselben Anschauung.

Samoilenko: Ueber die Deformation des weichen Gaumens hereditärer Natur.

Solche sind: 1. Wucherung des Gaumengewebes und der Uvula, 2. Atrophie desselben Gewebes, 3. unregelmässiges Wachsthum.

Referirt nach Jeshemesjutschnik. P. Hellat.

---

e) Erster Congress der französischen Gesellschaft für Pädiatrie.
Paris 29.—30. Juli 1910.

Ueber die Functionen der Thymus.

Weill: Die Thymus ist als lymphatisches Organ sehr empfindlich für alle Infectionen. Als Drüsenorgan scheint sie in der Bildung der Purinstoffe eine Rolle zu spielen und sich auch mit den anderen Drüsen, die eine interne Function haben, in der Wirkung zu vereinen. Sicher ist jedoch dies nicht. Hingegen glauben Basch u. a., dass in den ersten Lebenstagen die Thymus einen Einfluss auf das Skelettwachsthum hat. Als Blutdrüse scheint der Thymus keine besondere Aufgabe zuzufallen. Eine Cachexia thymipriva kennt man nicht. Eine Störung in der Function der Thymus ist ohne jeden sicheren Grund mit dem plötzlichen Tode in Verbindung gebracht worden. Vielleicht ist eine Beziehung noch zwischen Thymus und Geschlechtsapparat möglich.

Die Pathologie der Thymus.

Marfan: Die häufigste Ursache der Hypertrophie der Thymus, der Hyperplasie des Thymusgewebes, ist die Syphilis und die Tuberculose. Jedoch alle Infectionen und Intoxicationen können dieselbe erzeugen. Daher findet man sie häufig vergesellschaftet mit der Rachitis und mit der Anschwellung der übrigen lymphatischen Gewebe. Die beste Methode, die Hypertrophie der Thymus nachzuweisen, ist neben der Percussion die Radioskopie. Hierauf beschreibt Marfan die bekannte Symptomatologie der hypertrophischen Thymus. Als charakteristische klinische Zeichen giebt er an, dass das Stenosengeräusch bei horizontaler Lagerung, also im Schlafe und bei Geradestreckung des Kopfes zunimmt. Auch psychische Erregungen können ohne jede andere Ursache dieses Stenosengeräuschathmen (ein Ausdruck wie Cornage fehlt uns) hervorrufen. Es kommt zu dyspnoischen Anfällen, die sich derart häufen können, dass das Kind in Lebensgefahr kommt und sogar in einem solchen Anfall stirbt. Dieses chronische stridoröse Athmen, bedingt durch die Hypertropie der Thymus, ist strenge zu unterscheiden von den acuten Formen des lärmenden Athmens der Säuglinge, unter denen namentlich jenes durch die anatomischen Veränderungen des Kehlkopfeinganges, Epiglottis und aryepiglottische Falten bedingte wohl als die häufigste bezeichnet werden kann. Neben dieser Form ist noch die wohl bekannte Stenosen-Athmung in Folge von

Compression der Trachea durch die Mediastinaldrüsen und die etwas seltenere durch die Paralyse der Dilatatoren des Kehlkopfes bedingte, gewöhnlich auch nur in Folge von geschwollenen Drüsen, besonders zu erwähnen.

Man hat vielfach den Anästhesietod der Kinder mit der Hypertrophie der Thymus in Verbindung gebracht. Es scheint aus dem Studium der Publicationen hervorzugehen, dass sehr verschiedene Verhältnisse den verschiedenen Beobachtungen zu Grunde liegen. Eine Klärung dieses praktisch sehr bedeutenden Punktes wäre sehr erwünscht. Der Berichterstatter konnte nur auf diese Differenzen hindeuten.

Hat man die Diagnose von Thymushypertrophie gemacht, so muss man immer den Versuch einer antisyphilitischen Behandlung machen. Nach deren Fehlschlag kann man die übrige antilymphatische Medication beginnen. Später kann man das Adrenalin versuchen. Auch können Versuche mit Röntgenbehandlung gemacht werden. Bei Lebensgefahr ist die Einführung eines langen Intubationsrohres zu versuchen. Hingegen ist die Tracheotomie im dyspnoischen Anfall zu verwerfen. Nach dem Anfall muss man dann zu einer der bekannten chirurgischen Operationen schreiten.

Die Chirurgie der Thymus.

Victor Veau: Am allerbesten ist es, die sogenannte Thymectomia sublobalis subcapsularis auszuführen. Die Thymopexie und die Resection des Manubrium sternalis sind weder leichtere Eingriffe, noch geben sie besondere Resultate. Die Thymektomie kann im Allgemeinen als ein leichter Eingriff bezeichnet werden. In 5 Fällen, die dem Berichterstatter eigen sind, ist kein Todesfall zu verzeichnen. Der bekannte Todesfall ist von anderer Seite vorher tracheotomirt und dann thymektomirt worden. Durch die Operation wird die Dyspnoe sicher behoben, das stridoröse Athmen kann aber trotz Operation noch bestehen bleiben. In Folge dessen kann das stridoröse Athmen als solches niemals die Indication zur Operation abgeben.

Discussion:

René Cruchet (Bordeaux): Die Compression der Trachea durch die hypertrophische Thymus scheint kaum in Frage zu kommen bei den Suffocationserscheinungen, da das Gewicht der Thymus vollständig unabhängig zu sein scheint von diesen dyspnoischen Anfällen. Mitunter macht eine Thymus von 2—3 g schwere Erscheinungen, während in anderen Fällen eine Thymus von 200 g spurlos ertragen wird. Es ist wahrscheinlicher anzunehmen, dass Compression der Nachbarnerven (Vagus, Recurrens, Nervi thymici) die Anfälle hervorruft.

Hutinel (Paris): Man muss unterscheiden zwischen dem Spasmus glottidis und dem echten thymischen Anfall. Der Glottisspasmus ist sicher vom Gewichte der Thymus unabhängig, wenngleich die Hypertrophie der Thymus diese Zustände übel zu beeinflussen im Stande ist.

Boissonas (Genf) berichtet über folgenden charakteristischen Fall: Ein 2 Monate alter, an der Brust gestillter Knabe wird mit stridulösem Athmen und Dyspnoe eingeliefert. Die oberen Luftwege sind frei, die Epiglottis von normaler Consistenz und Form. Bei der Exspiration fühlt man deutlich an der Fossa

suprasternalis einc kuglige Masse, die bei jeder Inspiration im Thorax verschwindet. Oberhalb des Sternums ist percutorisch über 4 cm Breite eine Dämpfung zu constatiren, die radioskopisch einem Schatten entspricht. Kummer entfernt 20 g der Thymus und findet, dass die Trachea abgeplattet ist und an der comprimirten Stelle eine Erweichung zeigt. Der Stridor erscheint am Tage nach der Operation wieder. 2 Tage später muss eine Tracheotomie gemacht werden. Exitus 8 Tage später.

Marfan: Selbstverständlich ist die Grösse der Thymus nicht allein das Maassgebende und müssen auch die anderen anatomischen Verhältnisse (Weite der Thoraxapertur, Beziehungen zu den Nerven etc.) berücksichtigt werden. Er möchte im Schlussworte noch einmal darauf aufmerksam machen, dass man den Stridor congenitalis oder vestibularis, bei dem es sich um eine Missbildung der Epiglottis und stets nur um die Inspiration handelt, vom Stridor thymicus unterscheiden muss. Der letztere ist in- und exspiratorisch, wird durch die Intubation nicht geändert, durch die Geradestreckung des Kopfes, durch Horizontallagerung im Schlafe gesteigert.

Lautmann (Paris).

---

f) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 27. Januar 1910.

Vorsitzender: Weinberg.

Arnoldson demonstrirt 2 Fälle von chronischem Stirnhöhlenempyem, nach Killian mit gutem Erfolg operirt.

Sitzung vom 24. März 1910.

Vorsitzender: Weinberg.

Stangenberg berichtete über 3 Fälle von Larynxtumoren, von denen einer demonstrirt wurde.

Sitzung vom 28. April 1910.

Vorsitzender: Larsson.

Holmgren berichtete über einen operirten Fall von chronischer Ethmoiditis. Seit mehreren Jahren litt ein 40jähriger Mann an Stirnschmerzen; Empfindlichkeit gegen Druck, aber nicht bei Palpation im inneren Augenwinkel; im mittleren Nasengang ab und zu schleimig-eitriges Secret. Durchleuchtung mit Vohsen's Lampe zeigte Undurchsichtigkeit der rechten Stirnhöhlengegend, eine Röntgenphotographie dagegen keinen Unterschied zwischen rechter und linker Seite. Im Boden der Stirnhöhle zwei Ethmoidalzellen mit verdickter Schleimhaut und schleimig-eitrigem Secret; die Stirnhöhle ohne Besonderheit.

Arnoldson berichtete a) über 3 Fälle von Fremdkörpern in Trachea und Oesophagus;

b) einen Fall von Sinusitis frontalis acuta mit cerebralen Symptomen und schwerer Intoxication;

c) einen Fall von Cancer des Oberkiefers bei einer älteren Frau, die nach der Operation starb.

N. Witt berichtete über 5 Fälle von chronischer Entzündung der Oberkieferhöhle, die mit radioactivem Wasser längere Zeit ohne Erfolg gespült waren.

Holmgren theilte seine Erfahrung über Tracheo-Bronchoskopie mit; der Vortrag soll publicirt werden. E. Stangenberg.

---

g) Laryngological Section of Royal Society of Medicine. London.

Sitzung vom 4. Juni 1909.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant stellt ein 17jähriges Mädchen vor, bei dem er die Killian-sche Radicaloperation wegen Stirnhöhleneiterung im Januar 1908 vorgenommen hatte. Die Heilung ging aussergewöhnlich schnell von statten, doch blieben Supraorbitalschmerzen bestehen, gegen die keine Behandlung etwas half.

Tilley berichtet über einen identischen Fall; nichts half gegen die Schmerzen, bis er einige von den Siebbeinzellen und noch vorhandene Polypen entfernte. In dem vorgestellten Fall findet er eine feste Verwachsung zwischen der mittleren Muschel und dem Septum. Er räth, diese zu durchtrennen und die vorderen Siebbeinzellen auszuräumen.

Scanes Spicer: Wenn in jedem Fall von Eiterung der Stirnhöhle so viel wie möglich die erkrankte mittlere Muschel entfernt würde, so würde eine äussere Operation nur selten nöthig sein.

H. J. Davis: Viele Fälle von Schmerzen nach Stirnhöhlenoperation können mit Erfolg mit Easton's Triphosphatsyrup behandelt werden, der bei Ischias, Neuritis oder Neuralgie aus irgend einer Ursache grosse Erleichterung schafft. D. hat vor einiger Zeit eine Patientin gesehen, bei der das Resultat einer doppelseitigen Stirnhöhlenoperation ausgezeichnet war, die Absonderung ganz aufgehört hatte, aber immer noch intensive Schmerzen bestanden. Nach Anwendung des Triphosphatsyrup hörten die Schmerzen auf.

Donelan meint, die Ursache für das Weiterbestehen der Schmerzen könne gelegentlich liegen in einer secundären durch ein völliges Septum von der eigentlichen Höhle getrennten Höhle, die bei der Operation nicht eröffnet worden sei.

Dundas Grant hält die Schmerzen für rheumatischer Natur; er will dem Rath von Davis folgen und weiterhin über den Fall berichten.

Dundas Grant stellt einen zweiten Fall von Stirnhöhlenempyem vor, in dem eine von ihm vorgenommene modificirte Operation kein zufriedenstellendes Resultat gab. Auf die Killian'sche Radicaloperation erfolgte Heilung.

Dundas Grant stellt schliesslich einen dritten Fall, eine 20jährige Frau betreffend, vor, in dem er die Killan'sche Radicaloperation gemacht hat. Es handelte sich um eine vor 7 Jahren erlittene Schussverletzung. Nach Fortnahme der vorderen Wand traf man auf eine sich vorwölbende pulsirende Membran. Die ganze Vorderwand wurde entfernt, jedoch konnte die Hinterwand nicht gefunden werden. Die Patientin war 8 mal operirt worden.

Felix Semon glaubt, dass die Flintenkugel durch die Vorderwand hindurchgegangen ist und die Hinterwand zersplittert hat.

Mackenzie, der der Operation beigewohnt hat, meint, dass die sich vorwölbende Membran die Wand einer Cyste der Arachnoidea sei — die Folge des Traumas.

Powell denkt daran, dass der Sinus fehlte oder sehr klein war und dass die Vorderwand durch das Trauma zerstört worden sei und dass das, was für die Vorderwand gehalten wurde, in Wirklichkeit die Hinterwand war.

Grant macht darauf aufmerksam, dass hinter der entfernten Knochenwand sich das Infundibulum fand, wodurch die Ansichten der Vorredner widerlegt werden. Die vorgewölbte Membran pulsirt mit der Athmung. G. hat nichts daran operirt, aus Furcht, in den Meningealraum zu kommen.

Lambert Lack demonstrirt einen Fall von congenitaler Fistel in der Mittellinie der Nase. Während er früher niemals dergleichen gesehen hatte, hat er jetzt 2 solche Patienten im London Hospital in Behandlung.

Scanes Spicer zeigt 1. einen Mann mit Mykosis der Tonsillen, des Pharynx und der Zunge.

2. Berichtet er über Fremdkörperfall des Larynx. Eine Nähmaschinennadel war in der Sagittallinie im Kehlkopf eingekeilt; sie konnte nach erfolgter Cocainisirung zwar mit der Zange gefasst, aber nicht entfernt werden. Ein Narkoticum wurde gegeben, die Nadel wieder gefasst und man fühlte jetzt, dass sie nachgab. Die Athmung setzte aus und Pat. wurde pulslos. Man konnte constatiren, dass die Nadel mit ihrem Kopfende durch die Membrana hyo-thyreoidea hindurchgedrungen war und man konnte sie unter der Haut des Halses fühlen. Es wurde auf ihr eingeschnitten und sie so entfernt. Heilung.

H. J. Davis stellt ein 12jähriges Mädchen vor mit einem Primäraffect in der Mitte der Oberlippe.

Zuerst war eine Drüsenschwellung auffallend, die anfänglich für „Parotitis" gehalten wurde. In der letzten Woche erkannte aber D., dass ein kleiner brauner Schorf an der Innenfläche der Lippe Schuld an der Drüsenschwellung war. In dem Geschwürssecret wurde auch die Spirochaeta pallida gefunden.

Archibald Smith beschreibt die Technik, die er in diesem Fall bei den Spirochätenpräparaten befolgt hat; in den submaxillaren Drüsen ist es ihm nicht gelungen, Spirochäten zu finden.

Dundas Grant hat in einem seiner Fälle ebenfalls nur in der Tiefe des Geschwürs, aber nicht in den Drüsen Spirochäten gefunden.

Davis hebt als besonders charakteristisch die enormen, steinharten Drüsen hervor. Er macht auf die eigenthümliche Beschaffenheit des Geschwürs aufmerksam, das wie ein brauner Schorf über einer fissurirten Lippe aussieht und nicht im mindesten wie ein Hutchinson'sches Geschwür. Er erinnert an die von ihm im Mai 1906 berichteten Fälle von oraler Infection in einer Familie. In Südafrika hat D. die Beobachtung gemacht, dass eine Ansteckung der Familienmitglieder unter einander ohne Vermittlung der Genitalien nicht selten ist.

Davis: 1. Fall von Bronchocele nach Operation.

2. Fall von chronischem Oberkieferempyem mit theilweiser maligner Erkrankung des Antrum.

Exitus. Ein Präparat zeigt, dass in der Tiefe ein Sarkom sitzt, sonst sind nur einfache Polypen sichtbar.

Donelan demonstrirt einen Fall von chronischer Oberkieferhöhleneiterung, die eine maligne Erkrankung vortäuscht.

D. verbreitet sich über die Zweckmässigkeit, das vordere Ende der unteren Muschel nicht abzutragen.

Sitzung vom 5. November.

Hett demonstrirt Präparate von chronischem Rotz bei einem 24jährigen Mann. Die während des Lebens sichtbaren Veränderungen bestanden in der Mundhöhle, Nase und im Pharynx; post mortem fanden sich solche auch in Leber und Lungen. Sie zeigten eine sehr grosse Aehnlichkeit mit tertiärer Syphilis.

Dan Mc Kenzie: Perforation des Septum durch Salzstaub.

Die 20jährige Patientin ist in einer Salzfactorei angestellt. Drei andere von im ganzen acht solchen Arbeiterinnen zeigen dieselbe Veränderung. Mikroskopische Schnitte von dem Gewebe an den Rändern der Perforation zeigen typische Riesenzellen.

St. Clair Thomson demonstrirt 1. eine 46jährige Frau mit Kehlkopftuberculose. Die Erkrankung war durch zweimonatige Schweigekur und Sanatoriumbehandlung völlig geheilt.

Er demonstrirt ferner zwei Patienten mit Tuberculose der Epiglottis, der Stimmbänder und der Taschenfalten. Die Erkrankung wurde zum Stillstand gebracht durch Galvanokaustik und Sanatoriumbehandlung.

Redner betont, dass, wenn die Erkrankung in den Lungen zum Stillstand gebracht ist, die Kehlkopftuberculose selten eine acute Form annimmt. In geeignet ausgewählten Fällen war nach der galvanokaustischen Punction keinerlei Reaction. Th. perhorrescirt die Amputation der Epiglottis, da er Fälle kennt, in denen danach — wahrscheinlich durch Eröffnung von Lymphgefässen — eine acute Miliartuberculose folgte.

Jobson Horne sagt, dass die Infiltrationsfälle für die Behandlung mit dem galvanokaustischen Stich am dankbarsten sind. Diese Behandlung kommt der Naturheilung durch Fibrosirung und Epithelverdickung am nächsten und verhindert den Zerfall.

2. $6^1/_2$jähriger Knabe, der seit 4 Jahren von Kehlkopfpapillomen geheilt ist durch Tracheotomie und wiederholte Operationen unter directer Laryngoskopie (18mal unter Chloroform). Die Papillome recidivirten von 1906—1909. Das Kind hat 4 Jahre lang die Tracheotomiecanüle getragen. Die Stimme ist jetzt gut und der Larynx frei. Th. verwirft die Laryngofissur in diesen Fällen, da durch diese die Kinder zu Krüppeln gemacht werden.

Stuart Low demonstrirt drei Fälle von inoperablem Carcinom (extralaryngeal, des Rachens resp. der Zunge), in denen die partielle Abtragung der vergrösserten Schilddrüse und die Unterbindung der Thyreoidgefässe mit grossem Nutzen vorgenommen wurde.

Entfernung der Schilddrüse durch Unterbindung führte zu einer myxomatösen Degeneration in den Cervicaldrüsen. Incision der Drüsen und Drainage ergab die Anwesenheit grosser Mengen von Mucin. Low stellt fest, dass die Unterbindung eine Verzögerung im Wachsthum der Geschwülste bewirkt.

Dundas Grant demonstrirt zwei Fälle von erfolgreicher Behandlung von Kehlkopfcarcinom durch Laryngofissur.

Fox demonstrirt einen Fall von Myotonia atrophica bei einem 57jährigen Mann mit Lähmung des rechten Stimmbandes.

Es wird darüber discutirt, ob die Kehlkopflähmung eine Theilerscheinung der Allgemeinerkrankung ist oder nicht.

H. J. Davis: Fall von acutem Pemphigus des Kehlkopfes und der Athmungswege bei einem 40jährigen Mann. Es bestanden Blasen und grosse Pigmentflecken auf dem Körper, ferner auf der Schleimhaut der Lippen, der Zunge, des Rachens und der Nase; besonders eigenthümlich war die Beschaffenheit des Kehlkopfinneren: seine Oberfläche war rauh und mit Blasen bedeckt, die Stimmbänder sahen leuchtend carmoisinroth aus.

St. Clair Thomson räth, in solchen Fällen dreimal täglich 5 Tropfen Laudanum zu geben.

Peterson demonstrirt einen aus dem rechten Bronchus eines 6jährigen Kindes entfernten Fremdkörper.

Der Fremdkörper (ein Stück Erdnuss) hatte 6 Wochen im Bronchus gesessen. Die Entfernung geschah in Chloroformnarkose.

Sitzung vom 3. Deeember.

Dundas Grant demonstrirt einen 63jährigen Mann (bereits 1906 vorgestellt), bei dem ein Pharynxcarcinom exstirpirt war nebst den Drüsen und einem Stück der Vena jugularis interna. Es ist nach 3 Jahren ein Recidiv erfolgt. Die Schilddrüse wurde dann entfernt, was eine erhebliche subjektive Besserung zur Folge hatte.

Betham Robinson stellt 1. einen Mann mit linksseitiger Abductorlähmung infolge Bleivergiftung vor;

2. eine chronische Laryngitis mit rechtsseitigem Prolapsus ventriculi.

Herbert Tilley demonstrirt den Kehlkopf eines 78jährigen Mannes, bei dem im September 1896 das rechte Stimmband wegen Carcinoms entfernt worden war. Dreizehn Jahre später entwickelte sich ein Carcinom des linken Stimmbandes. Es wurde die Tracheotomie gemacht, jedoch der Patient starb. Die Narbe auf der operirten rechten Seite war vollständig gesund. Sir Felix Semon, der den Patienten vor 13 Jahren gesehen hatte, hatte sich der

Diagnose angeschlossen und diese wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

H. J. Davis betont, dass die beiden 13 Jahre auseinanderliegenden Erkrankungen nicht mit einander in Zusammenhang gebracht werden können.

De Santi meint ebenfalls, dass es sich hier nicht um ein Recidiv, sondern um eine Neuerkrankung gehandelt habe. Man muss bei dem Patienten eine gewisse Prädisposition für maligne Erkrankungen annehmen.

St. Clair Thomson erinnert an die von Butlin und Semon berichteten Fälle, in denen man annehmen musste, dass durch ein Carcinom der einen Stimmlippe die andere Seite inficirt wurde. Er selbst verfügt über einen Fall, wo ein Stimmband wegen Carcinoms entfernt wurde und ein Carcinom auf der Zunge, aber auf der entgegengesetzten Seite, entstand.

St. Clair Thomson stellt einen 4jährigen Knaben vor, der von einer Kehlkopfstenose nach Tracheotomie wegen Diphtherie durch 3 Jahre lang fortgesetzte Intubation geheilt wurde.

William Hill: Zwei Fälle maligner Erkrankung mittels Radium behandelt.

Fall I: Mann mit maligner inoperabler Geschwulst am Halse. Nach 22stündiger continuirlicher Application von 50 mg Radiumbromid Verkleinerung des Tumors.

Fall II: Fall von Oesophaguscarcinom. Seit Juli sechsmalige intraösophageale Application. Vor der Operation konnte Patient ausschliesslich Flüssigkeiten schlucken; jetzt kann er mit Leichtigkeit auch feste Speisen essen.

Symonds demonstrirt einen Fall, wo wegen septischer Osteomyelitis des Stirnbeins nach chronischem Stirnhöhlenempyem der Knochen zum grössten Theil hatte entfernt werden müssen. Der Knochen hatte sich wiedergebildet und die Deformation sich so ausgeglichen.

Scanes Spicer demonstrirt ein Modell zur Illustration der verschiedenen Wirkung von Abdominal- und Costalathmung und deren Wirkung auf Kehlkopf, Thorax und allgemeine Gesundheitsverhältnisse.

In einer lebhaften Discussion ergab sich, dass die Ansichten des Redners nicht allgemein getheilt wurden.

H. J. Davis.

III. Briefkasten.

Zweiter Congress der Russischen Oto-Laryngologen.

Moskau, 8. bis 12. Januar 1911.

Die Themata:

1. Adenotomie und ihre Complicationen,
   Referent: Prof. Nikitin.
2. Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter,
   Referent: Dr. med. Baron Spengler,

werden in der gemeinschaftlichen Sitzung mit der Gesellschaft der Kinderärzte zur Discussion gestellt.

Eine Sitzung wird zusammen mit dem Taustummenlehrer-Congress stattfinden.

Executiv-Comité:

A. Iwanoff, Vorsitzender.
Swerschewsky, Schriftführer.
Preobrajensky, Schatzmeister.
Mitglieder: St. v. Stein, Maljultin, Resser, Rau, Spengler. Litschkuss.

XVII. Internationaler Medicinischer Congress 1913 in London.

Am 11. November hat in London eine Sitzung der laryngologischen und otologischen Mitglieder des britischen Organisationscomités für den XVII. Internationalen Congress stattgefunden. Die Anwesenden sprachen sich einstimmig dafür aus, dass auch bei dem bevorstehenden Congress Laryngologie und Otologie in Gestalt von zwei von einander unabhängigen Sectionen repräsentirt sein sollen, die in benachbarten Räumen zu tagen und deren Vorstände sich über die Programme mit einander ins Einverständniss zu setzen hätten.

Diese in der Vorversammlung der laryngologischen und otologlschen Mitglieder gefassten Beschlüsse sind in einer am 22. November stattgehabten Plenarsitzung des britischen Executivcomités angenommen worden. Ferner wurde beschlossen, dass die Mitglieder der laryngologischen und der otologischen Section die Verhandlungen beider Sectionen erhalten sollten. Zum Präsidenten der laryngologischen Section wurde St. Clair Thomson gewählt.

Internationale Skleromconferenz.

Das Internationale Skleromcomité, das auf dem XVI. Internationalen Medicinischen Congress in Budapest ins Leben gerufen wurde, hatte bereits für Ende dieses Jahres in Wien eine Conferenz in Aussicht genommen. Wie wir erfahren, hat die Conferenz auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden müssen. Ferner erfahren wir, dass Dr. Hermann von Schrötter, der Generalsecretär des Comités, beabsichtigt, ein Werk zu Stande zu bringen, welches den gegenwärtigen Stand der Skleromforschung darstellen und den Mitgliedern der Conferenz vorgelegt werden soll. Auch ist es seinen Bemühungen gelungen, die österreichische Heeresverwaltung zu veranlassen, Erhebungen über das Vorkommen des Skleroms in der Armee zu veranstalten.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

I. J.

K.

L.

M.

N.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

M.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

PERHYDROL

wird, wie aus der umfangreichen Literatur über das Präparat hervorgeht, auf den verschiedensten medizinischen Gebieten mit besten Erfolgen angewandt.

Chirurgie. **Septische Wunden und Eiterungen, Brandwunden, profuse Eiterungen, Phlegmonen, Erysipeloid, Phlebitis, Panaritien, Osteomyelitiden, Ostitis, Periostitis, Mastitis:** Irrigationen und feuchte Verbände mit 1—3%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung. — **Fisteln, Knochenfisteln, tuberkulöse Fisteln:** Injektionen und Tamponade mit 3—5%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung. — **Progrediente Phlegmonen, Vereiterung inguinaler Drüsen:** Berieselung mit 10%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung. — **Gangränöse Prozesse, jauchig zerfallende Tumoren:** Pinselungen mit 1 + 2 verdünntem Perhydrol, Verbände mit 3%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung. — **Ablösung festklebender Verbandstoffe:** Aufträufeln von 3%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung.

Gynaekologie. **Kolpitis, Vulvovaginitis, infiz. Dammrißwunden, Endometritis membranacea, puerperales Ulcus:** Scheidenspülungen mit 1—3%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung, Eingießen der Lösung im Spekulum. — **Chronische und subakute Endometritis:** Eingießen von Perhydrol, mit gleichen Teilen Wasser verdünnt, im Spekulum. — **Jauchende gangränöse Uteruskarzinome:** Tamponade mit in 12%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung getränkter Jodoformgaze.

Dermatologie. **Ekzeme, Favus, Lupus, Psoriasis:** Umschläge mit 1—3%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung. — **Naevi pigmentosi:** Betupfen mit verdünntem Perhydrol, nach dem Antrocknen Auflegen von Zinkoxydpflastermull. — **Stomatitis mercurialis, Leukoplakie:** Betupfen der Ulzerationen mit konzentrierter Lösung, Spülungen mit 1—3%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung. — **Ulcera gangraenosa der Genitalien, Ulcera mollia, vereiternde Bubonen, exulzerierte Hautgummen:** Wiederholte Betupfung mit Perhydrol, Umschläge mit 2—3%iger (H_2O_2)-Perhydrollösung. — **Chronische Cystitiden, chronische Gonorrhoe, chronische postgonorrhoische Urethritiden:** Injektionen starkverdünnten Perhydrols (1 : 100—200), event. mit Zusatz von Silbernitrat. — **Diagnose der Gonorrhoe.**

Jahrgang XXVI. December 1910. No. 12.

Semon's Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand). **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **J. Donelan** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **A. Rosenberg** (Berlin), **S. Salzburg** (Dresden), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXVI. Jahrgangs (Januar—December 1910) **15 Mark.**

Berlin 1910.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

Einsendungen für Semon's Centralblatt werden an die Adresse des Herausgebers, Herrn Prof. Dr. Georg Finder in Berlin W., Nettelbeck-Strasse 17, erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 03936 0337

